

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

“Vivendo bem até mais que 100!”
envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos no Brasil

Monalisa Dias de Siqueira

Orientadora: Profa. Dra. Ceres Gomes Víctora

Porto Alegre
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

“Vivendo bem até mais que 100!”
envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos

Monalisa Dias de Siqueira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Ceres Gomes Vítora

Porto Alegre
2014

“Vivendo bem até mais que 100!”
envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos

Monalisa Dias de Siqueira

Tese de Doutorado em Antropologia Social

Banca Examinadora

Profa. Dra. Carla Costa Teixeira – PPGAS/UNB

Prof. Dr. Marco Aurélio Figueiredo Acosta – PPGeronto/UFSM

Profa. Dra. Patrice Schuch – PPGAS/UFRGS

Profa. Dra. Cornelia Eckert – PPGAS/UFRGS

Profa. Dra. Ceres Gomes Vítora (orientadora) – PPGAS/UFRGS

Porto Alegre, 10 de junho de 2014

AGRADECIMENTOS

Em dezembro de 2011 viajei com um grupo de idosos para a pequena cidade chamada Treze Tílias/SC. Durante uma semana dividi o quarto do hotel com dona Maria, 85 anos, frequentadora assídua dos encontros de idosos no posto de saúde, e do qual eu fazia parte desde maio de 2010. Às 6h da manhã do primeiro dia da viagem acordei com os passos de dona Maria rumo ao banheiro, procurando o remédio diurético que deveria tomar naquele horário. Minutos depois, ao perceber que eu havia acordado, ela sentou-se na cama disposta a conversar enquanto esperávamos o horário do café no restaurante. Comentou que achava bonito eu “ser uma pessoa com tanto estudo e estar no meio dos velhos”, comparou-me gentilmente com um de seus netos e depois me explicou sobre a sua pressão arterial e os efeitos do remédio. Após a explicação, sorriu e disse: “Vai aprendendo tudo de velho. Faz de conta que eu sou tua professora em longevidade”.

É com essa lembrança, dentre tantas outras igualmente importantes de quase três anos de trabalho de campo, que agradeço - em nome de dona Maria – às idosas e aos idosos que aceitaram caminhar comigo nessa travessia. Meus sinceros agradecimentos pelos ensinamentos e por compartilharem comigo algumas de suas experiências.

Agradeço também aos profissionais de saúde do posto, aos conselheiros dos Conselhos de Direitos dos Idosos, em especial os conselheiros do COMUI, as promotoras de justiça e aos funcionários da 7ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos do Ministério Público/RS.

Sou imensamente grata à minha orientadora, professora Ceres Víctora, pela sua atenção, apoio e confiança desde os meus primeiros passos no doutorado. Agradeço a dedicação, o carinho e a seriedade em ensinar-me a ser antropóloga, pesquisadora, professora e também a ser uma pessoa melhor.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS/UFRGS), em especial as professoras Cornelia Eckert, Ana Luiza Carvalho da Rocha, Fabíola Rohden, Claudia Fonseca, e aos professores Carlos Steil, Ruben Oliven e Bernardo Lewgoy, pela inestimável contribuição para minha formação antropológica.

À Rosemeri Feijó pela competência, simpatia e disposição com que percorre as veredas da burocracia acadêmica, nos guia e facilita a nossa vida.

Ao Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS), por ser uma referência nessa área de pesquisa e por estar sempre de portas abertas, possibilitando os encontros, os diálogos e as trocas tão fundamentais no cotidiano da academia. Agradeço, em particular, a Juliana Cuzzo, a Alessandra Hernandez e a Emanuelle Maia pela parceria.

Aos colegas de turma do doutorado e da turma do mestrado/2010. Meu carinho e agradecimento especial às queridas amigas, companheiras de aprendizados antropológicos e de vida, Stella Pieve e Ana Paula Marcante. Sem elas o doutorado e a minha vida em Porto Alegre certamente teriam sido um constante inverno.

Às professoras Telma Camargo (PPGAS/UFG) e Patrice Schuch (PPGAS/UFRGS) pela leitura atenciosa do texto apresentado ao Exame de Qualificação e as importantes contribuições para a Tese.

A Heraida Raupp e a Mirian Weber pelo apoio, a confiança, o convívio e a amizade construída durante os meses do trabalho de consultoria que realizei na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Ao professor Marco Aurélio Acosta (UFSM) pelo convite para participar do Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerontologia (GEPEG/UFSM). Agradeço a recepção calorosa do “pessoal da Educação Física”, o espaço de discussões sobre envelhecimento e a oportunidade de aproximar-me do grupo de professores que idealizou e, em 2014, criou o Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da UFSM.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela bolsa de estudos concedida durante os quatro anos do doutorado.

À minha família cearense: a minha mãe, Eliza Dias, e ao meu irmão, Emanuel Dias, por me amarem e por apoiarem as minhas decisões, inclusive, a de atravessar o país em busca do amor da minha vida e do sonho de tornar-me antropóloga.

À minha família do coração: as irmãs-amigas-comadres, Vanessa Ponte e Francisca Mendes, por fazerem parte da minha vida independente das distâncias geográficas, pela torcida sincera, pelo apoio nos momentos mais importantes; e ao meu irmão-amigo, Adriano Caetano, por ter aceitado juntar-se a mim nessa vida andarilha e por estar sempre próximo, alegrando minha casa e minha vida.

À minha família gaúcha: a minha sogra, Marta Moraes, ao meu sogro, Paulo Almeida, e a minha cunhada, Tielle Almeida, por me receberem de braços e portas abertas, fazendo com que eu me sentisse em casa, desde o primeiro dia que cheguei a Santa Maria. Agradeço o carinho, o apoio, a amizade e o cuidado.

Finalmente, agradeço ao meu querido marido Francis Almeida, pelo amor, o carinho, a compreensão, a escuta atenta, os incentivos constantes, as discussões sobre a pesquisa, as aulas sobre Foucault, os deliciosos cafés da madrugada (além dos almoços, jantares e lanches), o cuidado com a nossa casa e com os nossos amados gatinhos Loki e Pandora durante as minhas inúmeras viagens e nos momentos de escrita... Enfim, por estar ao meu lado para o que der e vier!

RESUMO

Esta tese versa sobre envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos no Brasil, no contexto de transição demográfica brasileira, caracterizado por um significativo aumento da longevidade e suas evidentes implicações sociais, políticas e econômicas. Nesse processo emergem as questões que norteiam o trabalho que dizem respeito à construção do “idoso” como sujeito político e de direitos; à emergência da política do Envelhecimento Ativo; à participação das pessoas idosas em grupos que visam promoção de saúde e em espaços coletivos constituídos para reivindicar direitos sociais; e à responsabilização e cuidado aos idosos dependentes. Para abordar esta problemática, realizei uma pesquisa etnográfica entre os anos de 2010 e 2013 que buscou encontrar conexões relevantes entre diferentes agentes situados em esferas distintas, tais como: idosos participantes de um grupo em um Posto de Saúde em Porto Alegre; Conferências de Direito da Pessoa Idosa; documentos das políticas públicas voltadas à população idosa e Procedimentos Administrativos a favor de idosos instaurados no Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. As narrativas dos idosos, a observação participante e a análise documental me levaram a compreender como um envelhecimento subjetivado pelas políticas públicas e os agenciamentos cotidianos dos idosos na relação com tais políticas e seus mediadores tem impactado tanto os diferentes modos de envelhecer, como as formas de atuação política. Estes elementos, quando colocados em diálogo nessa tese, evidenciaram tensões entre a visibilidade e a invisibilidade do grupo suscitadas pelas políticas de saúde para os idosos no Brasil.

Palavras-chave: envelhecimento, saúde, políticas públicas, idosos, Envelhecimento Ativo.

ABSTRACT

This thesis is about aging, health and public policy for the elderly in Brazil, in the context of the Brazilian demographic transition, characterized by a significant increase in longevity and its obvious social, political and economic implications. In this process emerge the issues that guide the present work: the construction of the "elderly" as a political subject with specific constitutional rights; the rise of an “Active Ageing Policy”; the participation of elderly people in groups that aim to promote health, and in collective spaces for the claim social rights; and accountability and care for dependent elderly. To address this issue, I carried out a three year long ethnographic research (2010-2013) that sought to find relevant connections between different agents active in different domains such as: elderly in a support group in a public health center in Porto Alegre; Conferences for the elderly People’s Rights; documents and legal processes related to the elderly in the Public Ministry of the State of Rio Grande do Sul. The narratives of the elderly, participant observation and document analysis, led me to understand how aging, subjectivized by public policies and the elderly agency in relation to such policies and their mediators, has impacted both the modes of aging , as well as forms of political action. These elements, when placed in dialogue in this thesis, revealed tensions between visibility and invisibility raised by health policy for the elderly in Brazil.

Keywords: aging, health, public policy, elderly, Active Ageing.

LISTA DE SIGLAS

AACRT - Associação dos Aposentados da Companhia Riograndense de Telecomunicações

AAPERGS - Associação dos Aposentados e Pensionistas dos Eletricitários do Rio Grande do Sul

ABCMI - Associação Brasileira dos Clubes da Melhor Idade

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer

ACP - Ação Civil Pública

ACS - Agentes comunitários de saúde

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

ANG - Associação Nacional de Gerontologia

APORTA - Associação dos Portadores de Transtornos de Ansiedade

ASSEPLA - Assessoria de Planejamento e Programação

AVC - Acidente vascular cerebral

AVD - Atividades Básicas da Vida Diária

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CGVS - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

CIAPE - Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento

CNDI - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

CNDPI - Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa

CNTC - Confederação Nacional dos Trabalhadores do Comércio

COBAP - Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas

COMUI - Conselho Municipal do Idoso de Porto Alegre

COPEDPDI - Comissão Permanente de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência e do Idoso

DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EBM - Evidence-Based Medicine

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EPTC - Empresa Pública de Transporte e Circulação de Porto Alegre

ESF - Estratégia Saúde da Família
FASC - Fundação de Assistência Social e Cidadania
FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GHC - Grupo Hospitalar Conceição
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC - Inquérito Civil
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMC - Índice de Massa Corporal
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA - Legião Brasileira de Assistência
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MDS - Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC - Ministério da Educação
MES - Ministério da Educação e Saúde
MP - Ministério Público
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Atenção a Saúde da Família
NUPACS - Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde
OAB - Ordem dos Advogados do Brasil
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PA - Procedimento Administrativo

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI - Programa de Assistência ao Idoso
PAPI - Projeto de Apoio a Pessoa Idosa
PJDDH - Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos
PMPA - Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNDH - Programa Nacional de Direitos Humanos
PNI - Política Nacional do Idoso
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF - Programa Saúde da Família
PUC - Pontifícia Universidade Católica
RBA - Reunião Brasileira de Antropologia
SBG - Sociedade Brasileira de Geriatria
SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEDH/PR - Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SESC - Serviço Social do Comércio
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMC - Secretaria Municipal de Cultura
SME - Secretaria Municipal de Esporte
SMGAE - Secretaria Municipal de Gestão e Acompanhamento Estratégico
SMGL - Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SPAAN - Sociedade Porto-Alegrense de Auxílio aos Necessitados
SSC - Serviço de Saúde Comunitária
SUAS - Sistema Único da Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
UAMPA - União das Associações de Moradores de Porto Alegre
UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFC - Universidade Federal do Ceará
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UnATI - Universidade Aberta da Terceira Idade
UNESCO - Organização para a Educação, Ciência e Cultura

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNITI - Universidade para a Terceira Idade

VD - Visita Domiciliar

WHO - World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esferas do Campo de Pesquisa	46
Figura 2 - Classificação Clínico-Funcional dos Idosos	108

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade - Brasil - 2002/2012	97
Gráfico 2: Distribuição percentual da população projetada, segundo os grupos de idade - Brasil - 2020/2060	98
Gráfico 3: População residente em Porto Alegre, por grupos de idade e por sexo - 2010	102
Gráfico 4: População residente em Porto Alegre, por grupos a partir de 60 anos e por sexo - 1991	103
Gráfico 5: População residente em Porto Alegre, por grupos a partir de 60 anos e por sexo - 2000	104
Gráfico 6: População residente em Porto Alegre, por grupos a partir de 60 anos e por sexo - 2010	104
Gráfico 7: Projeção da população brasileira de 80 anos e mais, por sexo, 1980 – 2050.	106
Gráfico 8: Total de unidades domésticas em domicílios particulares, percentual de unidades domésticas unipessoais nos municípios com maiores percentuais de unidades domésticas unipessoais e pessoas com 60 anos ou mais de idade, segundo os municípios selecionados e as Unidades da Federação em 2010	192

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Cronologia da legislação relacionada aos idosos no Brasil	77
Quadro 2: Cronologia referente a conferências, assembleias, programas e organizações relacionados a idosos em âmbito nacional e internacional	79
Quadro 3: Esperança de vida ao nascer estimada e projetada, por sexo, segundo as Unidades da Federação 2000/2030	100

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1. OS CAMINHOS DA PESQUISA E OS ENCONTROS NO MEIO DO CAMINHO	27
1.1. Os tempos e os espaços da pesquisa: “quanto tempo você vai ficar conosco?”	27
2.2. Os caminhos metodológicos: como captar experiências e transformá-las em escrita etnográfica?	41
CAPÍTULO 2. OS IDOSOS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE: DA ASSISTÊNCIA AO “ENVELHECIMENTO ATIVO”	48
2.1. A assistência e a previdência social: provimento de renda e benefícios para os trabalhadores brasileiros	50
2.2. A assistência à saúde: a ênfase nos serviços básicos de saúde, na política de promoção de saúde e na participação comunitária	55
2.3. A década de 80: a redemocratização no país, a criação do SUS e o movimento dos aposentados	62
2.3.1. A criação do SUS	63
2.3.2. O movimento dos aposentados	65
2.4. A década de 90: a inserção dos direitos dos idosos na pauta política internacional e nacional	68
2.4.1. O envelhecimento na pauta política internacional	68
2.4.2. O envelhecimento na pauta política nacional	74
2.5. Envelhecimento Ativo: a construção de um “novo paradigma”	80
CAPÍTULO 3. ENTRE A SAÚDE E A SOCIABILIDADE: OS CAMINHOS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE	92
3.1. Uma breve contextualização sobre a população idosa	95
3.2. Da “comunidade” a “zona de vigilância”: as mudanças no bairro, no posto de saúde e no grupo de idosos	110
3.3. Um “convite para reflexão”: a Cartilha e suas orientações sobre hábitos de vida saudável	116
3.3.1. Apresentando a Cartilha “Vivendo bem, até mais que 100! Orientações sobre hábitos de vida saudável”	116
3.3.2. “Quem não quer viver até os 100?”	118
3.4. As recusas, as permanências e as lembranças: o que importa falar e fazer nos encontros do grupo	120
3.4.1. O “dia do bingo”	121

3.4.2. O “dia da saúde”	123
3.5. As narrativas das idosas fora do posto de saúde e outros agenciamentos	127
3.6. Os encontros e os desencontros entre as perspectivas de idosos e de profissionais sobre saúde e “viver bem até mais de 100”	131
CAPÍTULO 4. AS CONFERÊNCIAS DE DIREITOS DOS IDOSOS: AS FORMAS DE MOBILIZAÇÃO E DE PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS	134
4.1. Os Conselhos de Direitos do Idoso	138
4.2. As Conferências de Direitos do Idoso	143
4.3. “Autonomia”, “independência” e “protagonismo” no contexto da reivindicação de direitos	146
4.4 Situando o envelhecimento na pasta política e econômica dos Direitos Humanos no Brasil	149
4.5. As idosas e as mediadoras do Grupo de Trabalho da Saúde	153
4.6. “O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil”: os participantes das Conferências e as formas de participação	160
4.6.1 Quem são os participantes das Conferências?	162
4.6.2 A participação dos idosos e as mediações do Estado	163
4.7. Como (e qual) protagonismo está sendo construído?	170
CAPÍTULO 5. QUANDO A POLÍTICA INVISIBILIZA	174
5.1. O Ministério Público e os Procedimentos Administrativos	176
5.2. As avaliações sociais	180
5.2.1. Joana	180
5.2.2. Maria	183
5.2.3 José	185
5.3. “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania”: quem se responsabiliza pelo cuidado do idoso dependente?	188
CONSIDERAÇÕES FINAIS	195
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	201
REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS	212

When I get older losing my hair,
Many years from now.
Will you still be sending me a Valentine,
Birthday greetings bottle of wine?
If I'd been out till quarter to three,
Would you lock the door?
Will you still need me, will you still feed me,
When I'm sixty-four?
You'll be older too,
And if you say the word,
I could stay with you.
I could be handy, mending a fuse
When your lights have gone.
You can knit a sweater by the fireside
Sunday morning go for a ride,
Doing the garden, digging the weeds,
Who could ask for more?
Will you still need me, will you still feed me
When I'm sixty-four?
Every summer we can rent a cottage,
In the Isle of Wight, if it's not too dear
We shall scrimp and save
Grandchildren on your knee
Vera, Chuck and Dave
Send me a postcard, drop me a line,
Stating point of view
Indicate precisely what you mean to say
Yours sincerely wasting away
Give me your answer, fill in a form
Mine for evermore
Will you still need me, will you still feed me
When I'm sixty-four?

The Beatles – When I'm sixty-four

INTRODUÇÃO

A canção que escolhi como epígrafe desta tese é da banda britânica *The Beatles* e foi citada por Kofi Annan no discurso de abertura da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada entre os dias 8 e 12 de abril de 2002, em Madri. Na ocasião, Annan era Secretário Geral das Nações Unidas. Ele inicia seu discurso prestando homenagens aos idosos do mundo por suas contribuições no desenvolvimento da sociedade e, em seguida, apresenta dados demográficos e sociais sobre o envelhecimento da população. Demonstra preocupação com o crescimento deste fenômeno e a necessidade de estabelecer, a partir daquela assembleia, um guia para as políticas sobre o envelhecimento. Annan finaliza o seu discurso com a seguinte narrativa:

Espero também que enviem ao mundo uma mensagem mais geral: que as pessoas idosas não são uma categoria à parte. Todos envelheceremos algum dia, se tivermos esse privilégio. Portanto, não consideremos os idosos como um grupo à parte, mas, sim, como a nós mesmos seremos no futuro. (...) Finalmente, quisera lhes confessar algo. Completo hoje 64 anos. Portanto, considero-me em condições de citar a canção dos Beatles e perguntar, em nome de todos os idosos: Precisarás ainda de mim, me alimentarás ainda quando tiver 64 anos? Confio que a resposta seja sim: no século XXI ofereceremos aos idosos o que necessitam e deles precisaremos (ONU, 2003b, p.15).

Parece-me apropriado iniciar a tese com o discurso do Secretário Geral das Nações Unidas na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento por estar relacionado ao contexto no qual este trabalho situa-se: a constituição de políticas públicas voltadas para a população idosa. Além disso, a narrativa de Kofi Annan me remete às questões que proponho discutir como o envelhecimento em nossa sociedade, os modos de envelhecer e a responsabilização pelos cuidados com os idosos.

O envelhecimento, no contexto brasileiro, tornou-se um fenômeno de interesse político, econômico e social, tendo em vista o ritmo acelerado com que se passa a transição demográfica do país, a qual se caracteriza simultaneamente pelo aumento da longevidade da população e pela redução da natalidade. Essa nova configuração populacional tem implicações de várias ordens: no que se refere ao envelhecimento da população, não apenas surgem alterações no mercado de trabalho e na seguridade social (saúde pública, assistência social e previdência social), como também há uma

valorização de certos saberes científicos específicos, como a gerontologia e a geriatria; e de certo desenvolvimento tecnológico também voltado para esta população¹.

O aumento da população com 60 anos ou mais e da expectativa de vida do brasileiro se apresenta, assim, como um desafio para o Estado, a família e a sociedade civil. De acordo com os dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o percentual de idosos (acima de 65 anos) subiu de 4,8% em 1991, para 5,9% em 2000 e, por fim, para 7,4% em 2010. Simultaneamente, a proporção de brasileiros entre 0 e 14 anos somava, há vinte anos atrás, 34,7% da população e caiu para 24,1% no ano passado².

Isso significa uma mudança bastante rápida na pirâmide etária, com possíveis impactos em vários âmbitos da vida social como, por exemplo, a configuração da família e seus arranjos, as questões relacionadas à seguridade social, o envolvimento de novos agentes na luta pela garantia de direitos sociais, entre outros. Observa-se, ainda, a criação de políticas públicas e programas guiados por novos princípios, orientações, metas e linguagens visando adequar-se a tal contexto.

Tão logo o fenômeno do envelhecimento no país se torna evidente, observa-se que alguns antropólogos, tais como Guita Debert (1994; 1999; 2007), Alda Britto da Motta (2002), Myriam Lins de Barros (1987; 2004; 2007), Clarice Peixoto (2004), Júlio Simões (2004; 2007), começam também a abordar o tema no contexto brasileiro. É importante ressaltar que o aumento da longevidade não se configura por si só como uma questão social e política, a não ser que venha acompanhado de uma respectiva significação nestes âmbitos, como chama atenção Debert (2007) ao tratar da construção social das categorias de idade.

De acordo com a autora, um dos primeiros aspectos a ser considerado ao pesquisar o tema do envelhecimento diz respeito às construções históricas e sociais das categorias de idade que, por sua vez, trazem consigo a criação de instituições, práticas e

¹ Observe-se, por exemplo, o incremento à tecnologia que vai de carros adaptados, até facilidades arquitetônicas e domésticas como, por exemplo, porta medicamento automático com alerta verbal, sistema de tranca com impressão digital ao invés de chaves, “robô de visita virtual” programado para visitar aposentados, celular conectado diretamente ao aparelho de surdez, entre outros. Ver no portal Terra, matéria intitulada Terceira idade é o novo alvo da tecnologia. Disponível em: <<http://tecnologia.terra.com.br/noticias/0,,OI3174479-EI12882,00-Terceira+idade+e+novo+alvo+da+tecnologia.html>> Acessado em: 20 de maio de 2012.

² Voltarei aos dados demográficos no terceiro capítulo. Para a consulta de outros dados, tabelas, gráficos e análises recentes sobre a população brasileira ver a Sinopse do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2011) e demais publicações do IBGE disponíveis em www.ibge.gov.br

modos de se pensar e gerir a experiência em cada uma delas. Traçando comparações entre as categorias “criança” e “juventude”, Debert (2007) afirma que:

A ‘terceira idade’ também é uma criação recente das sociedades ocidentais contemporâneas. Sua invenção implica a criação de uma nova etapa na vida que se interpõe entre a idade adulta e a velhice e é acompanhada de um conjunto de práticas, instituições e agentes especializados, encarregados de definir e entender a necessidade dessa população que, a partir dos anos 70 deste século, em boa parte das sociedades europeias e americanas, passaria a ser caracterizada como vítima da marginalização e da solidão (Debert, 2007, p. 53).

A autora esclarece que ao afirmar que as categorias de idade são construções sociais e que mudam historicamente não significa dizer que elas não tenham efetividade, mas que são constitutivas de realidades sociais específicas. Ao periodizar gerações, ao criar categorias e grupos de idade são estabelecidos direitos e deveres específicos para cada grupo etário, relações entre as gerações são definidas e, além disso, vários aspectos da vida social vão se organizando como, por exemplo, o sistema de trabalho, as instituições educativas, os mercados de consumo e as políticas públicas.

Barros (2004), por sua vez, apresenta como as classificações das fases da vida e as diferenças de gênero passam a ser gerenciadas por um sistema dominante de ideias ao longo do século XIX e XX. Nesse processo, instituições e áreas de conhecimento colaboram na construção dessa nova compreensão das etapas da vida, entre elas: a escola, o hospital, o asilo, a pedagogia, a psiquiatria, a demografia, a psicologia, a sociologia, a gerontologia, a geriatria. Ressalta:

Constroem-se, portanto, saberes, práticas e instituições para períodos específicos que, examinados detalhadamente, acabam por gerar novas especificidades, novas formas de controle e novas possibilidades de construções de outras classificações etárias: primeira infância, pré-adolescência, adolescência, maturidade, velhice. E hoje: terceira idade, quarta idade, velhos-jovens, velhos-velhos. Essas temporalidades do ciclo de vida marcam segregações entre elas, definem e institucionalizam as idades para a escolaridade, para o trabalho, para o casamento, para a aposentadoria. (Barros, 2004, p.16)

Assim, para a autora, a institucionalização do ciclo de vida com base na idade cronológica possibilita a regulamentação das sequências e a orientação das ações, tanto individuais quanto coletivas. Tal compreensão está diretamente ligada às instituições e aos diversos campos de saberes que produzem discursos e especialistas para responder aos problemas e demandas da velhice. Entre elas, destacam-se as especialidades científicas que tratam da velhice: a gerontologia e a geriatria.

No Brasil, de acordo com a psicóloga e pesquisadora Anita Neri (2005), a Gerontologia e a Geriatria constituíram-se com o objetivo de enfrentar o ônus social do envelhecimento populacional. Em 1961, foi fundada a primeira sociedade científica brasileira na área, a Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG). A partir de 1978, a SBG começou a aceitar profissionais de outras áreas que também se interessavam pelo envelhecimento da população e não apenas médicos, passando, desde então, a chamar-se Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

A velhice, assim, constituiu-se como problema social e ao mesmo tempo tornou-se objeto de especialidades científicas biomédicas. Os especialistas da Geriatria e da Gerontologia ganharam espaço e legitimidade para tratar do tema. Nesse sentido, ambas tiveram um papel fundamental na produção de conhecimento sobre a velhice e de uma nova imagem para o envelhecimento, bem como participaram ativamente da esfera institucional na discussão e elaboração de políticas e programas para os idosos. Debert (2007), ao discutir a relação entre essas especialidades, a produção de conhecimento sobre a velhice e as ações institucionais no contexto brasileiro, enfatiza que:

O discurso gerontológico é um dos elementos fundamentais no trabalho de racionalização e de justificação de decisões político-administrativas e do caráter das atividades voltadas para um contato direto com os idosos. Mesmo quando o poder de decisão final não é do gerontólogo, é ele o agente que, em última instância, tem a autoridade legítima para definir as categorias de classificação dos indivíduos e para reconhecer nos indivíduos os sintomas e os índices correspondentes as categorias criadas (Debert, 2007, p.66).

Os gerontólogos e geriatras estiveram à frente durante todo o processo de elaboração e implantação das políticas públicas para a população idosa e continuam ocupando um lugar central nos espaços consultivos e deliberativos das políticas do idoso como, por exemplo, os Conselhos de Direitos e as Conferências de Direito dos Idosos. Porém, eles não são os únicos. Diante das análises demográficas que indicam o aumento da população idosa, das transformações no âmbito familiar, das mudanças econômicas e políticas que afetam tanto o universo macrossocial quanto o cotidiano dos idosos, surgem diversos agentes e instituições que estão constantemente negociando sua participação na luta pela garantia dos direitos sociais dos idosos e na criação de políticas públicas direcionadas a esta população.

Como já destacado, a antropóloga Guita Debert foi pioneira na discussão sobre a Gerontologia e a construção da chamada terceira idade no Brasil, ao descrever, na década de 90, como a interlocução entre “o discurso gerontológico, a mídia e os

movimentos sociais organizados em torno da terceira idade acabam por transformar a velhice em uma responsabilidade individual” (Debert, 1997, p.40).

Esse processo foi chamado pela autora de “reprivatização da velhice” que está ligada a dois aspectos: a presença da ideologia individualista no trato com a velhice e na experiência do envelhecer; e a representação da velhice negativa substituída por uma imagem positiva no discurso de especialistas e da sociedade. De um lado, esta imagem positiva, a qual a autora se refere, elege a juventude como um modelo de vida a ser almejado e seguido e, por outro lado, o discurso ideológico individualista faz crer que para se viver bem nessa fase da vida é preciso que o indivíduo se engaje nesse modelo. A responsabilidade de tal engajamento é mais individual do que social e cultural.

Tendo em vista a criação das políticas públicas para os idosos iniciada em 1996 com a Política Nacional do Idoso (PNI), seguida pelo Estatuto do Idoso em 2003 e pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em 2006, percebem-se algumas transformações no que chamarei ao longo do trabalho de modos de envelhecer.

Considero que os modos de envelhecer que foram se constituindo após a PNI, o Estatuto do Idoso e a PNSPI podem ser pensados a partir da noção de “governamentalidade” proposta por Foucault (1995; 2002b; 2010) e Dean (1999). Partindo dessa perspectiva, tornou-se possível tanto identificar um princípio subjacente ao discurso gerontológico, das políticas públicas e dos “movimentos sociais” em torno do envelhecimento da população, quanto perceber os agentes e as instituições envolvidas na constituição das políticas voltadas para os idosos.

A pesquisa etnográfica foi realizada junto a um grupo de idosos de um posto de saúde de Porto Alegre, com os documentos das políticas públicas voltadas para a população idosa, em três Conferências de Direito da Pessoa Idosa e com os Procedimentos Administrativos do Ministério Público/RS que compõem um Inquérito Civil a favor de idosos considerados dependentes e em situação de vulnerabilidade e risco social, como apresentarei detalhadamente no primeiro capítulo.

Assim, a etnografia contou com diferentes agentes, em esferas e níveis diversos, mas que, de algum modo, estavam interconectados. O objetivo desta tese é

traçar essas conexões que estão relacionadas aos três temas que fazem parte do contexto da pesquisa: envelhecimento, saúde e políticas públicas³.

Os caminhos que percorri durante a pesquisa e as reflexões de Das (2007) nas quais me inspirei evidenciaram que as dimensões políticas, sociais, econômicas não apenas tinham conexão como eram indissociáveis da vida cotidiana. Nesse sentido, as questões que nortearam a tese enfocaram o modo de envelhecer subjetivado pelas políticas públicas e os agenciamentos cotidianos dos idosos na relação com tais políticas e seus mediadores. Para isso, direcionei meu olhar para (1) o cotidiano dos participantes de um grupo de idosos em um posto de saúde, em suas casas, em viagens e passeios em que estivemos juntos; (2) as relações e agenciamentos em ocasiões extraordinárias como as Conferências de Direitos; (3) as narrativas das assistentes sociais e dos demais agentes institucionais que constam nos documentos do Ministério Público; (4) e os discursos expressos nos documentos das políticas, buscando compreender o cotidiano da burocracia e seus desdobramentos na vida dos idosos.

Uma das discussões recorrentes entre os pesquisadores da temática do envelhecimento é sobre as categorias utilizadas para nomear as pessoas velhas e os critérios de classificação do grupo (Peixoto, 2007; Camarano e Pasinato, 2004; Britto da Motta, 2007). “Velho”, “idoso”, “terceira idade”, “melhor idade”, “maior idade” são algumas das categorias comumente utilizadas tanto por pesquisadores, como também pela mídia e a sociedade em geral. Os critérios de classificação sejam eles etários, biológicos, culturais ou sociais, assim como as categorias, geram debates nas diversas áreas de conhecimento interessadas na temática.

Neste trabalho, optei por utilizar a categoria “idoso”. A escolha se deve, em primeiro lugar, porque esse era o termo presente em todas as esferas da pesquisa. Os documentos analisados (as leis, os materiais informativos, de divulgação das políticas, de suporte técnico e os Procedimentos Administrativos) tomam como base o critério etário, designando as pessoas com 60 anos e mais de idade como idosos. Do mesmo modo, os participantes do grupo de idosos do posto de saúde, dos Conselhos de Direitos e das Conferências se autodenominavam idosos.

Em segundo lugar, porque percebi ao longo do trabalho de campo a importância para as pessoas envolvidas com as políticas públicas, seja no nível micro ou

³ Utilizarei ao longo da tese o termo políticas públicas para me referir tanto a racionalidade contida nos documentos (leis, decretos, portarias e outros documentos oficiais como cartilhas, manuais e materiais informativos) quanto as ações formuladas a partir das diretrizes e recomendações desses documentos.

macro, da referência à categoria “idoso”. Compreendi que, apesar de não se conhecerem⁴, eles formavam um grupo que buscava demarcar um lugar em relação aos seus direitos, especialmente de saúde, e nesse sentido, tratava-se de um ato político.

A tese está organizada em cinco capítulos.

No primeiro capítulo apresento o caminho etnográfico que trilhei para a construção do problema de pesquisa e a discussão metodológica que orienta a tese. Na primeira seção do capítulo explicito meu interesse pelo tema do envelhecimento e a minha inserção no campo de pesquisa que incluiu a participação no grupo de idosos de um posto de saúde em Porto Alegre, a análise de documentos sobre as políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa, a participação em três Conferências de Direitos a nível municipal, estadual e nacional e a análise de Procedimentos Administrativos (PAs) da 7ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos (PJDDH) do Ministério Público/RS, referentes a denúncias de violação de direito à saúde a favor de idosos considerados dependentes, vulneráveis e em situação de risco social. Na segunda seção apresento uma reflexão sobre a perspectiva metodológica que organizou o meu olhar no acercamento das questões que orientam a tese.

No segundo capítulo discuto as políticas públicas de saúde instituídas nos últimos anos e como elas se situam num contexto histórico, social, político e econômico mais amplo. Inspirada por Foucault (1995; 2000; 2002a; 2002b; 2010; 2011) e Dean (1999), retomo o caminho das políticas de saúde, em especial daquelas voltadas às pessoas maiores de 60 anos, visando compreender como elas chegaram a ser como são e seus desdobramentos no cotidiano dos atuais “idosos”. Discuto, neste capítulo, o surgimento da categoria “idoso” no contexto das políticas públicas no Brasil; a constituição e a organização do sistema de saúde brasileiro a partir dos preceitos liberais, bem como das diretrizes e orientações propostas a nível internacional; e a emergência da política de promoção de saúde e da política do Envelhecimento Ativo.

No terceiro capítulo apresento, inicialmente, alguns dados sobre a população idosa em Porto Alegre e as ações do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), instituição a qual o referido posto de saúde está inserido. Em seguida, tomo como foco aspectos referentes à participação dos idosos nas atividades do

⁴ Como explicarei no primeiro capítulo, os participantes do grupo de idosos, dos Conselhos e aqueles idosos que chegam até o Ministério Público não se conhecem e não participam das mesmas atividades. Nenhum dos idosos do grupo do posto participa de reuniões de Conselhos ou vai a Conferência e vice-versa.

grupo e a sociabilidade entre os participantes; as narrativas sobre saúde, doença, morte e vulnerabilidade; as relações de vizinhança e pertencimento; a questão do tempo na experiência dos idosos; os agenciamentos cotidianos em relação aos cuidados com a saúde e à família (temas recorrentes em suas narrativas nos encontros no posto de saúde e fora dele); e as perspectivas dos profissionais de saúde e a dos idosos, buscando chamar atenção para as proximidades e as tensões entre elas.

No quarto capítulo discuto a participação das pessoas idosas na esfera pública, mais especificamente em espaços coletivos constituídos para dar visibilidade política ao grupo e reivindicar direitos sociais como as Conferências de Direitos dos Idosos e os Conselhos de Direitos; problematizo a noção de “protagonismo da pessoa idosa” difundida pelas políticas públicas. Para isso, apresento aspectos referentes à formação dos Conselhos de Direitos; a organização das Conferências de Direitos da Pessoa Idosa, ambos surgidos a partir das políticas específicas para os idosos; discuto os conceitos de “autonomia”, “independência” e “protagonismo” no contexto da reivindicação de direitos; e situações etnográficas registradas durante as três Conferências.

No quinto capítulo discorro sobre a última das quatro esferas que compõem o universo de pesquisa da tese: os Procedimentos Administrativos da 7ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos (PJDDH) do Ministério Público/RS. O objetivo do capítulo é refletir sobre o modelo familiar (e informal) de cuidado com os idosos, as moralidades e as tensões na relação entre família e Estado. Nesse sentido, introduzo uma breve contextualização sobre o Ministério Público e os Procedimentos Administrativos; apresento as “avaliações sociais” que trazem as narrativas das assistentes sociais sobre os idosos e embasam os Procedimentos Administrativos; e, partir desse material e de outros documentos que compõem os Procedimentos Administrativos, discuto questões relacionadas à família e ao Estado com relação à responsabilização e cuidado com os idosos.

À guisa de conclusão, exponho algumas considerações sobre a construção do “idoso” como sujeito político e de direitos; o modo de envelhecer positivado pelas políticas públicas, em especial a política do Envelhecimento Ativo; e as tensões entre a visibilidade e invisibilidade suscitadas por essa política de saúde.

CAPÍTULO 1

Os caminhos da pesquisa e os encontros no meio do caminho

Neste capítulo apresento os caminhos que trilhei para a construção da pesquisa de doutorado e a discussão metodológica que orienta a tese, a partir do meu interesse pela temática do envelhecimento. O trajeto dessa caminhada não foi linear e nem solitário, percorri algumas veredas e em cada uma delas encontrei pessoas, conheci instituições e deparei-me com situações que contribuíram na elaboração das questões e na ampliação do universo de pesquisa.

A partir de questões sobre as diferentes formas de envelhecer, iniciei a etnografia junto ao grupo de idosos de um posto de saúde, o que suscitou novas questões que me levaram ao estudo dos documentos sobre as políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa. Estes, por sua vez, provocaram-me a participar de três Conferências de Direitos a nível municipal, estadual e nacional. Em seguida, direcionei-me a 7ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos (PJDDH) do Ministério Público/RS para analisar os Procedimentos Administrativos (PAs) referentes a denúncias de violação de direito à saúde a favor de idosos considerados dependentes, vulneráveis e em situação de “risco social”.

O capítulo está dividido em duas seções:

- Na primeira seção descrevo como se deu este percurso;
- Na segunda, apresento uma reflexão sobre a perspectiva que organiza o meu olhar no acercamento da questão do envelhecimento o que conseqüentemente remete a contextos e questões que orientam a tese.

1.1. Os tempos e os espaços da pesquisa: “quanto tempo você vai ficar conosco?”

O meu interesse na temática do envelhecimento vem desde 2007 quando iniciei a pesquisa de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Sociologia na Universidade Federal do Ceará (UFC). A pesquisa versou sobre questões de sociabilidade envolvendo mulheres mais velhas que contratavam homens mais jovens para dançar nos bailes de dança de salão em Fortaleza (Siqueira, 2009). Naquela pesquisa, entre as várias

observações, encontra-se o fato de que muitas das mulheres entrevistadas justificavam a prática de dançar através de discursos vinculados à saúde.

Não cabe aqui adentrar nas particularidades desses discursos. Mas, compete referir que foi a partir deles que comecei a me interessar pelas experiências de corpo e saúde de pessoas mais velhas. Em busca de adentrar nesse universo, procurei o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mais especificamente o Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS). Ingressei no doutorado em 2010 e, em maio deste mesmo ano, por intermediação do NUPACS, me aproximei do grupo de idosos do posto de saúde, onde realizei parte da pesquisa etnográfica.

Ao iniciar o trabalho de campo junto aos idosos que participam do grupo, percebi a diferenciação etária/geracional dentro do próprio segmento idoso da qual fala Britto da Motta (2010). Inevitavelmente me remeti à experiência de pesquisa realizada no mestrado. À parte das diferenças culturais existentes nos dois contextos, o que chamou minha atenção, num primeiro momento, foram as diferenças de idade entre os dois grupos. As frequentadoras dos bailes de dança de salão em Fortaleza tinham entre 60 e 65 anos e os participantes do grupo do posto de saúde em Porto Alegre de 75 a 85 anos. Em seguida, percebi que as questões que estavam em jogo para cada grupo eram distintas, bem como os modos de vivenciar a “velhice”.

O contínuo aumento da longevidade vem trazendo consigo a crescente heterogeneidade da população idosa. Como o intervalo etário é extenso, cerca de quarenta anos ou mais, possibilita a formação de diferentes grupos populacionais que já não são simplesmente “idosos”. Com isso, segundo Britto da Motta (2010), surgem novas denominações como “idosos jovens”, “muito idosos” ou “velhos mais velhos”, centenários e, mais recentemente, “supercentenários” (referindo-se a pessoas com mais de 110 anos). A autora aponta a necessidade de pesquisas que identifiquem e documentem as diferenças entre segmentos de idosos.

Observei no grupo de “idosas jovens” de Fortaleza questões ligadas, principalmente, à busca de novas experiências e de autonomia nessa fase da vida. O discurso da saúde, mencionado anteriormente, aparecia para legitimar a sociabilidade vivenciada nos bailes, em especial, a prática da dança de salão e a contratação de rapazes para acompanhá-las semanalmente (geralmente mais de uma vez por semana) nesses momentos de lazer. Nesse contexto, a dança era percebida como uma “terapia que faz bem para o corpo e a mente” e, assim, dispensava ou minimizava o uso de

medicamentos, os tratamentos de fisioterapia ou o acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

Quanto às “idosas jovens” de Fortaleza, elas iam a academias de dança, aos bailes, realizavam viagens a outros estados em busca de cursos de danças com professores renomados. A maioria era aposentada ou pensionista, haviam se dedicado por muitos anos a vida doméstica ou a carreira profissional e após experiências de viuvez, separação ou doenças “entraram no mundo da dança”. Estar no “mundo da dança”, categoria êmica utilizada tanto por dançarinos quanto por dançarinas-clientes, significava ir aos bailes, às academias, às aulas de dança, as viagens, conhecer o circuito de clubes e restaurantes e seus frequentadores, contratar os serviços de dançarinos, ou seja, fazer parte do contexto da dança de salão na cidade.

As práticas de sociabilidade e os modos de pensar o envelhecimento deste segmento de idosos pesquisado durante o curso de mestrado estão relacionados a aspectos de uma categoria construída e difundida, a partir da década de 1960 na Europa, a chamada “terceira idade”. De acordo com Britto da Motta (2010), os “idosos jovens” ou as pessoas da “terceira idade” são

Objetos de inumeráveis “programas” socializadores (grupos, clubes, “universidades”) e apelos ao consumo (viagens, cosmética “especial”, residências), têm sido também os mais atraentes e acessíveis à pesquisa científica – embora não tanto quanto à mídia... – porque estão por toda parte; ao mesmo tempo em que são responsáveis diretos por uma já não tão nova imagem social do idoso como dinâmico, alegre e saudável – sempre regeneradora da figura dos “pobres velhinhos” de um passado ainda pouco distante (Britto da Motta, 2010, p. 439).

A atenção da mídia, do mercado e também dos pesquisadores contribuiu para a construção de uma imagem do idoso que se afastasse tanto quanto possível dos estereótipos associados à velhice (decadência, solidão, doenças, morte). A ideia do envelhecimento como um processo de perdas foi sendo substituída pela imagem de uma fase da vida favorável para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e satisfação pessoal, imagem que até então parecia ser exclusiva da juventude (Debert, 1999).

O envelhecimento é uma realidade e uma parte do segmento idoso se inseriu nos espaços de reivindicação de direitos e conseguiu visibilidade, como discutirei no segundo capítulo da tese. Contudo, não é possível afirmar que a mesma atenção e direitos abranja igualmente os “velhos mais velhos”. A velhice avançada e seus desdobramentos ainda são difíceis de enfrentar, seja na família, nas políticas públicas ou

nas pesquisas acadêmicas (particularmente nas pesquisas antropológicas), contribuindo para que esta outra parte do segmento idoso permaneça invisibilizada.

Na pesquisa junto ao grupo de idosos no posto de saúde, inseri-me num universo de “velhos mais velhos” e entrei em contato justamente com dimensões do envelhecimento relacionadas a doenças, perdas e morte. Algumas percepções e questionamentos a respeito surgiram desde a primeira visita ao posto de saúde. Os comentários relacionados à morte e a doença eram recorrentes entre os idosos. Praticamente todas as falas dos idosos participantes do grupo faziam menção a tais temas, seja falando de si mesmo, de algum parente ou vizinho.

Porque eram tão recorrentes as conversas sobre perdas, doenças e morte? Teria relação com a idade? Seria por estarem em um posto de saúde? Esses temas apareceriam em outros locais? Ao me deparar com pessoas mais velhas, narrando suas experiências de doenças e perdas, como aproximar-me de tais questões? Qual era o objetivo dos encontros do grupo de idosos no posto e qual a abordagem utilizada pela equipe de profissionais de saúde? Essas questões retornaram durante a pesquisa e, juntamente como outras que apresentarei adiante, tornaram-se fios condutores do meu olhar em campo.

Os encontros do grupo eram mediados por uma equipe de profissionais de saúde do posto que se alternava a cada semana, entre eles estavam uma enfermeira, uma assistente social, um(a) estagiário(a) de nutrição e uma agente comunitária de saúde. Em geral, participavam dos encontros duas ou três profissionais de saúde, sendo uma ou duas funcionárias efetivas do posto e um(a) estagiário(a) em trabalho temporário. Na primeira reunião com a equipe, a assistente social e a enfermeira perguntaram *como* eu pretendia realizar a pesquisa. Na ocasião, respondi que gostaria de acompanhar os encontros no posto, ir aos passeios organizados pelo grupo e visitar os idosos em suas casas.

A proposta de pesquisa em si foi aceita por toda a equipe, mas os comentários feitos pelas profissionais de saúde deixavam claro que para participar por um período mais longo desse tipo específico de grupo não seria possível ficar simplesmente sentada escutando e observando, o que é uma interpretação possível e até provável do trabalho de campo etnográfico. O que ficou claro para mim é que havia uma expectativa de colaboração ativa com o trabalho no grupo, tendo em vista que nos encontros semanais o número de profissionais envolvidos com o grupo de idosos era pequeno e outras atividades como, por exemplo, atendimentos no posto, visitas domiciliares ou cursos

promovidos pelo Grupo Hospitalar Conceição, demandavam a presença das mesmas profissionais da saúde no mesmo horário.

Nesse contexto, a possibilidade de contar com mais alguém para contribuir ativamente com o trabalho junto à equipe foi vista como positiva e isso foi expresso de modo entusiasmado pela médica responsável, pela assistente social e pela enfermeira, respectivamente: “com você aqui eu vou me estimular”, “vamos aprender contigo também”, “você tem muito a nos ensinar”. Assim, comecei a ser convidada para as reuniões de equipe que ocorriam antes ou logo após o encontro com o grupo, durante as quais era solicitada a opinar no planejamento, a propor e a avaliar as atividades. Um mês depois da minha inserção no grupo estava sendo indicada para o revezamento junto aos profissionais de saúde nos encontros. A ideia da assistente social era que eu contribuísse com a equipe e com o grupo sugerindo temas a serem discutidos, conduzindo alguns encontros e debates, apresentando o meu trabalho de pesquisa atual e a experiência de pesquisa em Fortaleza.

Nas falas da equipe apareciam elementos que indicavam a necessidade da troca de experiências e a contribuição de mais uma pessoa disposta a trabalhar com idosos, com o objetivo de somar esforços para que as atividades do grupo prosseguissem e dessem certo. Entretanto, apesar da minha disposição e preocupação em contribuir de alguma forma com o grupo de idosos, percebi que não seria possível atender a todas as expectativas colocadas inicialmente. Assim, o meu lugar no grupo e a forma que participaria foi constantemente negociada, a partir das próprias experiências de interação durante a pesquisa.

Percebi que a alteridade certamente seria construída ao longo da pesquisa. A distinção entre “eu” (pesquisadora) e o “outro” (idosos e profissionais de saúde) não se construiria antecipadamente e nem se constituiria de forma rígida e estática. Isso porque, semelhante ao contexto de pesquisa e as reflexões de Schuch (2005),

(...) as dinâmicas dos indivíduos e grupos que estudava não me possibilitavam situar-me facilmente nessa condição privilegiada de “pesquisadora”: não era apenas eu quem pesquisava, o “campo” não se revelava para quem estivesse distante – tendo que ser, ao contrário, “sentido” - e, ainda, havia efeitos diversos e complexos efetivados pela minha própria presença no cotidiano dos agentes e instituições que eu estudava (Schuch, 2005, p. 169).

Aceitei o convite de participar de algumas reuniões de planejamento e avaliação das atividades do grupo de idoso junto com as profissionais de saúde que o

coordenavam. Retomei os objetivos da pesquisa durante essas reuniões, enfatizando as questões éticas e metodológicas da pesquisa etnográfica, com o objetivo de deixar claro que participaria dos encontros do grupo de idosos sempre em conjunto com alguma profissional de saúde do posto.

Enquanto me questionava e era questionada pela equipe sobre como participaria dos encontros e reuniões, as mulheres e homens idosos também tinham dúvidas a respeito do que eu fazia ali. Embora tenha sido apresentada como uma estudante interessada em envelhecimento e que pesquisaria o grupo, algumas vezes fui confundida com uma profissional de saúde do posto e em cada uma delas explicava sobre a pesquisa de doutorado. Essa explicação, por sua vez, suscitava curiosidade e questionamentos sobre a Antropologia e o trabalho do antropólogo. Apesar de respondê-las à medida que surgiam nos encontros, sugeri a equipe fazer uma apresentação sobre a disciplina e a minha pesquisa para o grupo em outubro de 2011.

Falar sobre Antropologia, antropólogos, envelhecimento, saúde, direitos dos idosos e, principalmente, ouvir o que idosos e profissionais de saúde tinham a dizer a respeito desses temas e do meu trabalho depois de dezessete meses do início de minha participação foi uma experiência importante e um momento singular na pesquisa. Apesar da receptividade e afeto demonstrados tanto pelos idosos quanto pelas profissionais de saúde desde a minha chegada ao posto, foi nessa ocasião que senti o quanto era aceita e fazia parte desse grupo. Além disso, os idosos sentiram-se à vontade para perguntar sobre Antropologia e dar suas opiniões sobre temas que não eram discutidos diretamente pelo grupo como, por exemplo, os direitos sociais (ou a falta deles) no cotidiano, ao entrar em uma fila, ao pegar um transporte coletivo, ao tentar caminhar pelas calçadas da cidade.

A partir do cotidiano da pesquisa de campo, alguns temas começaram a chamar minha atenção pela recorrência com que surgiam nas discussões do grupo e, com isso, novas questões de pesquisa foram sendo elaboradas. Um dos temas que chamou minha atenção desde o primeiro contato com o grupo foi o tempo. Inicialmente, percebi uma preocupação por parte dos idosos com a frequência e o tempo de permanência de cada membro no grupo. Essa preocupação se dirigia tanto aos próprios idosos quanto aos profissionais de saúde. Os idosos que iam ao posto eram vizinhos, a maioria se conheceu ao chegar no bairro, quando o local caracterizava-se como uma vila de pequenas casas, sem saneamento básico e sem posto de saúde.

Um exemplo disso é a relação de duas idosas de mais de oitenta anos que frequentam assiduamente o grupo e são amigas há cinquenta anos. Elas construíram suas casas, criaram seus filhos na vila, ficaram viúvas, envelheceram. Uma continua morando na mesma casa com as filhas e a outra mudou-se para um bairro próximo após a morte do marido, passando a morar sozinha. As histórias das demais participantes são parecidas e o posto é um local de encontro e de partilha há mais de uma década.

Assim, passar um tempo sem frequentar o grupo gerava questionamentos, em geral dos idosos para as agentes comunitárias de saúde. Como elas realizam visitas domiciliares, eram as mais indicadas para dar alguma notícia sobre a saúde dos vizinhos. Com as recorrentes notícias de doenças, de internamentos e, por vezes, de morte, cada presença nos encontros era comemorada e cada ausência era sentida, inclusive mobilizando o grupo a telefonar e combinar uma visita ao amigo ausente.

Com relação aos profissionais de saúde, a questão era o tempo que eles permaneceriam no grupo. Percebi, com o passar dos meses, que o posto recebia constantemente estagiários de cursos como Nutrição e Enfermagem e residentes também da área da saúde. Eles precisavam cumprir uma determinada carga horária no posto e realizavam o trabalho junto a uma determinada população do território⁵, de acordo com os seus interesses e as demandas do posto. O tempo de estágio ou residência no posto era, em geral, de um semestre letivo, o que equivale a aproximadamente quatro meses.

Durante a pesquisa, passaram pelo grupo cinco estagiários de nutrição e três residentes (um médico, uma enfermeira e uma assistente social)⁶. Para os idosos, quatro

⁵ Com o início do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1994, foram apontadas aspectos que contribuiriam para a definição do termo território: a “adscrição de população” — vinculada a uma unidade básica de saúde; o “território de abrangência” — entendido como a área que está sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família e, a “territorialização” — vista como uma ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência. Com relação à base territorial geográfica, o território pode compreender um bairro, parte dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou rurais (Gondim, G. M. M., Monken, M. et. al, 2008).

⁶ As Residências em Saúde são cursos de especialização (pós-graduação lato sensu) e estão divididas em duas modalidades: Residência em Medicina (ou Residência Médica) e a Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde. A primeira é direcionada aos médicos. O médico, ao se formar, torna-se habilitado para atuar como generalista, caso ele pretenda atuar em uma área específica (cardiologia, geriatria, ginecologia etc) ele terá que fazer a Residência Médica. No caso de outras áreas da saúde, como Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Medicina Veterinária, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, o profissional irá realizar a Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, que é fundamentada nas diretrizes do SUS, com ênfase nos campos de atuação estratégicos e prioritários para o sistema.

meses era pouco tempo, no sentido de não possibilitar uma maior aproximação e a criação de laços afetivos. Quando algum novato era apresentado ao grupo, a primeira pergunta era sobre o tempo que permaneceria no posto. Comigo não foi diferente e logo que a enfermeira me apresentou como uma estudante de doutorado que participaria dos encontros do grupo uma senhora de 84 anos perguntou-me: “quanto tempo você vai ficar conosco?”. Durante os dois anos em que estive em campo, esta pergunta foi repetida em quase todos os encontros por diferentes idosos. Recebia um sorriso de alegria de cada um deles ao responder que ainda participaria do grupo por mais alguns meses. Por outro lado, a cada festa de despedida organizada pela equipe, outra frase era repetida com tristeza pelos idosos: “Quando a gente está se acostumando, eles vão embora”.

Além dos estagiários e residentes que exerceram temporariamente atividades no posto, os idosos lamentaram a transferência repentinamente e sem despedida da enfermeira que acompanhava o grupo, como também o afastamento da assistente social das atividades do grupo de idosos devido à crescente demanda de trabalho no posto. Com isso, no início de 2012, a coordenação das atividades ficou a cargo de duas agentes comunitárias de saúde. Assim, o tempo – do corpo, da saúde, da doença, da morte, do fazer/desfazer de laços no grupo, da política, das relações cotidianas – foi tornando-se uma questão de pesquisa.

Outro aspecto relevante no contexto da pesquisa no posto de saúde foram os materiais prescritivos que, de algum modo, passaram a orientar as ações desenvolvidas com o grupo de idosos. Minha chegada ao posto coincidiu com a distribuição de cartilhas, materiais didáticos elaborados pelo GHC e Ministério da Saúde que direcionavam os profissionais na abordagem de aspectos considerados importantes para a saúde da população idosa. Tais materiais vinham no bojo da proposta de inserção de discussões mais específicas de prevenção e promoção de saúde. Eles possibilitaram pensar as mudanças que ocorriam no posto e nos encontros do grupo, como também me direcionaram para as questões das políticas públicas.

O interesse pelas políticas públicas de saúde para idosos como tema de investigação levou-me a incluir os documentos (leis, portarias, decretos, materiais informativos, de suporte técnico e de divulgação) ao universo da pesquisa.

Posteriormente, estabeleci contatos com profissionais de saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) e, em 2011, fui convidada para realizar uma consultoria no setor de planejamento da Área Técnica de Saúde do Idoso da Assessoria

de Planejamento e Programação (ASSEPLA) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A oportunidade se apresentou a partir da indicação do meu nome à coordenação da ASSEPLA por parte de uma funcionária da SMS que conhecia o trabalho de pesquisa do doutorado que eu estava realizando. O objetivo da coordenação era discutir as questões relacionadas ao envelhecimento e as políticas públicas de saúde a partir de uma perspectiva multidisciplinar que incluía a Antropologia.

Entretanto, a minha inserção como antropóloga não foi vista como relevante por toda a equipe. Alguns achavam que um “olhar antropológico” seria interessante naquele espaço majoritariamente destinado a profissionais da área da saúde e acreditavam que eu poderia contribuir com as discussões e o planejamento das ações. Outros faziam uma distinção entre a academia e a gestão, levando em consideração a oposição teoria e prática, respectivamente. Conciliá-las parecia ser complicado, ainda mais se tratando de uma área das ciências humanas e não da saúde.

A experiência acadêmica se sobressaía em relação à experiência na gestão pública, o que não parecia problemático para a coordenação, tendo em vista que a proposta inicial era contribuir na compreensão do processo de envelhecimento da população e, mais especificamente, dos idosos de Porto Alegre, para o planejamento de políticas públicas intersetoriais.

No entanto, a demanda na ASSEPLA não era necessariamente de uma consultora e sim de uma coordenadora para a Área Técnica da Saúde do Idoso. Tal fato mostrou-se de modo mais claro logo após o início do trabalho, quando soube que essa área estava há cerca de um ano sem coordenador e, por consequência, os documentos e demais materiais não estavam organizados ou não se encontravam disponíveis, não havia projetos em andamento e nem representação em conselhos e comissões. Em certa medida, esse contexto parecia refletir a hierarquia entre as Áreas Técnicas e os profissionais responsáveis, além de revelar as áreas que seriam ou não prioridade para aquela gestão e uma série de questões políticas que estavam em jogo naquele momento.

Certamente a posição de consultora e não de funcionária da Prefeitura, ou seja, de alguém de fora, sem ligações político-partidárias, que apenas por um tempo estipulado previamente ocuparia um papel delimitado na gestão municipal, foi determinante, a meu ver, para estabelecer relações com pessoas que acolheram positivamente a minha experiência como pesquisadora engajada com a questão dos direitos dos idosos.

A consultoria foi direcionada principalmente para a participação em espaços de discussão e articulação como, por exemplo, reuniões com profissionais da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC); eventos relacionados à saúde do idoso promovidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) e pelo Ministério da Saúde (MS). Outra atribuição do cargo dizia respeito à participação na organização de eventos e, portanto, fiz parte da comissão organizadora das oito Pré-Conferências regionais de Porto Alegre e da Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Ao longo dos nove meses de consultoria estabeleci contatos com profissionais de instituições de outros municípios do Rio Grande do Sul e de outros estados. Além disso, conheci duas instituições que prestam serviços à população idosa na capital: o Conselho Municipal do Idoso de Porto Alegre (COMUI) e o Ministério Público (MP). A aproximação de ambos foi fundamental para expandir meu olhar sobre as reivindicações de direitos e políticas públicas para idosos. Eles estiveram presentes no meu cotidiano de trabalho na Secretaria e me permitiram elaborar novas questões e ampliar, posteriormente, o universo da pesquisa, como explicitarei adiante.

Um acontecimento importante neste caminho ocorreu logo que iniciei a consultoria. A diretoria do Conselho cobrava veementemente uma representante da área da saúde para colaborar com as ações promovidas pela entidade⁷, tendo em vista as demandas crescentes nessa área e a proximidade das conferências. Durante meses o COMUI solicitou uma indicação da SMS, mas nenhum funcionário da secretaria se disponibilizou a ocupar o cargo de conselheiro governamental, ou seja, representar a Secretaria Municipal de Saúde no Conselho Municipal do Idoso.

Então, fui indicada pela Coordenação da ASSEPLA e aceitei ser conselheira. Desse modo, fui convocada para as reuniões ordinárias e extraordinárias, entre elas as de organização da III Conferência Municipal do Idoso. Estive presente nos dias do evento (15 e 19 de abril de 2011) e fui designada para ser facilitadora do Grupo de Trabalho de Saúde.

Participei como delegada da 4º Conferência Estadual do Idoso (15 a 17 de julho de 2011) ocorrida também em Porto Alegre e da 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (23 a 25 de novembro de 2011), em Brasília. Nesta última,

⁷ O COMUI é composto por representantes da sociedade civil (titulares e suplentes) e representantes da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Os primeiros são eleitos em Assembleia e os segundos são indicados pelas Secretarias.

participei na modalidade Convidada, a partir da indicação do Conselho Estadual do Idoso, pois já havia encerrado minhas atividades na Secretaria Municipal de Saúde⁸ e não poderia ir como Delegada ou Observadora⁹.

Outro momento significativo aconteceu cerca de seis meses após iniciar a consultoria quando tomei conhecimento dos Procedimentos Administrativos (PAs) referentes a denúncias de violação de direito à saúde, encaminhados à Secretaria pela 7ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos (PJDDH) do Ministério Público/RS¹⁰.

O Ministério Público, através da 7ª PJDDH, instaura os Procedimentos Administrativos requerendo medidas administrativas ou judiciais em favor dos idosos e encaminha diretamente as pessoas ou instituições competentes por meio de processos administrativos ou judiciais, estabelecendo um prazo para que as pessoas ou instituições se manifestem e cumpram as ações previstas na Lei. Assim, eles são encaminhados a uma determinada secretaria para que atenda a solicitação que, em geral, são pedidos de disponibilização de vagas em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Quando a secretaria nega-se a cumprir, eles são repassados a outra secretaria e assim sucessivamente. Os Procedimentos Administrativos que tive acesso na Secretaria Municipal de Saúde já tramitavam há meses por outras secretarias.

Por questões éticas não utilizo nenhum material ou informações advindas da Secretaria Municipal de Saúde e de nenhum órgão ligado a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Eles não fazem parte do conjunto de dados da pesquisa e,

⁸ Tinha interesse pelo trabalho que vinha desenvolvendo, mas não me sentia confortável com algumas mudanças estruturais que aconteciam na Secretaria e com as novas propostas apresentadas para dar continuidade à consultoria. Além disso, questionava-me constantemente sobre o cotidiano da gestão pública, a escolha das prioridades (quando tudo deveria ser prioritário quando se trata de saúde), a incapacidade que sentia frente à rigidez e insensibilidade burocrática, a distância que ainda persistia entre os gestores e os usuários. Em um determinado momento, tive que tomar a decisão de continuar ou não na SMS. Não foi uma decisão fácil, mas optei por afastar-me e contribuir com a gestão pública de outra forma, trazendo alguns questionamentos suscitados naquele contexto para o âmbito da pesquisa.

⁹ Nas Conferências de Direito são estabelecidos critérios que definem o número de participantes. No caso da Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, o número de participantes das delegações estaduais e do Distrito Federal é definido pelo Conselho Nacional de Direitos do Idoso (CNDI). As delegações são compostas pelos Delegados eleitos nas etapas estaduais, por Observadores que são gestores/representantes governamentais e um pequeno número de Convidados de entidades ligadas aos idosos. Os aspectos referentes à organização das Conferências serão aprofundados no quarto capítulo da tese.

¹⁰ A Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre (PJDDH) conta com 3 Promotoras e 1 Promotor de Justiça que tratam de “questões relativas ao cidadão como, o direito à saúde, à assistência social, direitos dos Idosos, direitos dos deficientes, a não discriminação racial, orientação sexual e acesso a educação”. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/dirhum>>

consequentemente, não são analisados nesta tese, exceto aqueles de conhecimento público, como os materiais de divulgação que são distribuídos à população ou veiculados em mídia digital. A observação/participação para fins de pesquisa foi realizada apenas nos eventos públicos como as Conferências. A análise do material impresso distribuído nos eventos ou disponível em meios digitais foram instrutivos e relevantes no contexto etnográfico no qual busco compreender a relação entre os idosos e suas demandas e as instituições e seus mediadores.

As Conferências do Idoso de 2011 que tiveram a participação do COMUI são analisadas neste trabalho como eventos públicos, os quais tiveram divulgação na imprensa e o relatório final das atividades disponibilizado para consulta. Também discuto esses eventos a partir da minha experiência como facilitadora do Grupo de Trabalho de Saúde na etapa municipal e como delegada na etapa estadual.

A diretoria do Conselho soube, desde o momento em que cheguei à entidade como representante governamental, que também estava vinculada a UFRGS e realizava pesquisa de doutorado sobre envelhecimento e políticas públicas. Após o meu desligamento da Secretaria e, respectivamente, de conselheira, estive em algumas reuniões como pesquisadora e viajei na companhia de três conselheiras para a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.

Quanto aos Procedimentos Administrativos que fazem parte do escopo da tese, eles foram acessados diretamente no Ministério Público, com autorização da Promotora de Justiça da 7ª PJDDH. Iniciei a pesquisa com os documentos diretamente no MP mais de um ano depois do primeiro contato com os Procedimentos Administrativos na Secretaria, como mencionado anteriormente, e também após o término da consultoria.

O tempo decorrido entre as primeiras ligações telefônicas e a autorização para a minha entrada no MP foi cerca de três meses. Após o encaminhamento de ofício à instituição e, principalmente ao conseguir estabelecer contato face-a-face com o funcionário (o qual vinha me comunicando virtualmente sobre a autorização da Promotora de Justiça para a pesquisa), estabeleci uma interação que contribuiu, inclusive, para que eu me inserisse naquele espaço e me situasse entre tantos papéis.

Durante os contatos virtuais, eu havia informado ao funcionário sobre o material que tinha interesse em pesquisar. Contudo, nenhum Procedimento Administrativo havia sido separado previamente. Foi ao chegar na Promotoria e conversar com ele pessoalmente sobre o tema e os objetivos da pesquisa, as questões

referentes às políticas públicas de saúde e os documentos disponíveis no local que conseguimos mapear quais ele deveria procurar nos arquivos.

Os relatos apresentados sobre os caminhos percorridos do primeiro contato com os Procedimentos Administrativos e, conseqüentemente o trabalho realizado pela 7ª PJDDH do Ministério Público/RS, tem como objetivo refletir sobre o processo de construção da pesquisa e as situações com as quais o pesquisador precisa lidar para se inserir em campo e acessar determinados documentos.

Explicitar como tomei conhecimento desse material num momento em que realizava um trabalho de consultoria na Secretaria Municipal de Saúde e os caminhos que percorri para transformá-los em possíveis *objetos* de análise em consonância com os outros que compõem a pesquisa, me permite refletir a forma como eu estava implicada em campo e os dilemas éticos e metodológicos que tive que enfrentar em ambas as situações.

Outro ponto importante a ser refletido é “a forte valorização da documentação escrita” (Alcântara Neto, 2007, p.26) que pude observar desde o ofício protocolado para solicitar a autorização da pesquisa (recurso que promoveu a efetiva atenção da instituição comigo enquanto pesquisadora) até as narrativas que devem constar nos autos de expedientes ou processos. Por fim, busco chamar atenção para a interação estabelecida após minha chegada à Promotoria que resultou na pesquisa de uma quantidade maior de documentos do que havia planejado inicialmente.

Tendo em vista a abrangência do trabalho de campo e o volume de documentos que provavelmente encontraria no MP, minha ideia inicial foi solicitar um número pequeno, porém significativo, de Procedimentos Administrativos para pensar as questões propostas e que me possibilitaria um maior aprofundamento analítico. Indiquei no ofício a consulta de cinco Procedimentos Administrativos que tivessem sido instaurados a favor de idosos em situação de alta hospitalar ou dependentes de cuidados. Contudo, após minha inserção em campo houve uma flexibilização na quantidade de material a ser consultado.

Assim, se por um lado a forma de consultar os documentos era restrita (tive autorização para realizar apenas leituras e anotações), por outro havia uma abertura para que eu tomasse conhecimento da situação de determinados idosos na cidade e do trabalho do Ministério Público. Tive acesso aos três volumes de um Inquérito Civil

(IC)¹¹ e a seis Procedimentos Administrativos. O Inquérito Civil foi instaurado em 1º de abril de 2011 devido à recorrência de denúncias e demandas por vagas em ILPIs. Nele, estão reunidos alguns Procedimentos Administrativos, uma Ação Civil Pública (ACP) contra o Município de Porto Alegre instaurada em 18 de setembro de 2007, referente à criação de serviço para atendimento de pacientes necessitando de cuidados especiais pós-alta hospitalar; 40 ofícios; 41 despachos; 35 informações; 23 correspondências eletrônicas; 3 medidas de proteção; manifestações; mandatos de verificação; relatórios de vistoria; relatórios de audiências com secretários ou representantes de secretarias municipais, atas de reuniões anuais da Comissão Permanente de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência e do Idoso (COPEDPDI). Apesar dos Procedimentos Administrativos estarem arquivados, o Inquérito Civil ainda estava em tramitação no momento da pesquisa e, segundo o funcionário, poderia transformar-se em Processo Judicial.

Os outros seis Procedimentos Administrativos haviam sido instaurados entre 2008 e 2012, porém um deles não dizia respeito a uma pessoa idosa e foi devolvido. Os cinco restantes foram instaurados a favor de idosos que necessitavam de cuidados de saúde e traziam solicitações de vagas em ILPIs ao município por parte da Promotoria¹². Estes cinco Procedimentos Administrativos já estavam arquivados, o que significa que havia sido encontrada alguma “solução” para os casos. Em três deles, os arquivamentos ocorreram porque os idosos foram internados em clínicas geriátricas particulares, outro foi arquivado devido ao fato do idoso ter ido morar na casa de uma amiga que se comprometeu a cuidar de sua saúde e, por fim, um foi arquivado por conta da morte da idosa durante a tramitação.

Tendo em vista as questões que norteiam a pesquisa e que me impulsionaram a buscar os documentos do MP, selecionei o Inquérito Civil como *objeto* de pesquisa¹³. Em primeiro lugar, porque ele surgiu justamente a partir da demanda que me interessava

¹¹ O Inquérito Civil é um procedimento administrativo investigatório, de caráter inquisitivo, cuja instauração, presidência e, se for o caso, arquivamento são feitas exclusivamente pelo Ministério Público. Ele tecnicamente não é um processo, pois não são feitas acusações, nem são impostas sanções ou penalidades. Seu objetivo é coletar informações e apurar danos causados a pessoas, grupos, patrimônio público e social etc., a fim de tutelar os interesses/direitos coletivos ou difusos de sua atribuição.

¹² Um deles, devido ao tipo de solicitação (vaga em ILPI) e a instauração ter ocorrido em 2012, foi anexado, juntamente com outros Procedimentos Administrativos, ao Inquérito Civil.

¹³ Ao propor trabalhar com esse *objeto*, inspiro-me no trabalho de Vianna (2002). A autora mostra que realizar esse tipo peculiar de etnografia “implica tanto atentar para as especificidades da narrativa burocrática – não são falas, são depoimentos; não são as justificativas proferidas face a face, mas as que ficam registradas – quanto assumir que não existe um ‘real mais que real’ que esteja sendo deixado de lado ao se trabalhar com a face documental de tais conflitos e demandas” (Vianna, 2002, p.86).

pesquisar: as solicitações de vagas em ILPIs pelo Ministério Público para idosos com necessidade de cuidados de saúde pós-alta hospitalar, em situação de “risco social”, dependência e/ou vulnerabilidade e as relações entre as instituições governamentais e os próprios idosos nesse contexto. Em segundo lugar, a partir da composição do Inquérito Civil, observei interconexões entre os idosos, as famílias, as Secretarias Municipais e o Ministério Público.

Assim, seria possível tomar conhecimento sobre as denúncias, os atores envolvidos, as instâncias de tramitação, as recorrências dos casos e as tensões entre a política de saúde e a política de assistência social, no tocante a institucionalização, reforçadas pela Política Nacional do Idoso do Idoso¹⁴ e que afetam diretamente o cotidiano de idosos considerados dependentes e/ou vulneráveis.

1.2. Os caminhos metodológicos: como captar experiências e transformá-las em escrita etnográfica?

Quando comecei a pesquisa junto ao grupo de idosos no posto de saúde, em maio de 2010, e passei a interessar-me pelas políticas públicas de saúde, entrei em contato com instituições e agentes envolvidos com a discussão, o planejamento, a execução e a fiscalização de políticas públicas para idosos no nível municipal, estadual e nacional. Embora não estivesse no meu plano inicial de pesquisa tornar-me parte da gestão municipal, quando esta possibilidade se colocou para mim através de um convite da SMS percebi que seria uma excelente oportunidade de conhecer também o lado da execução de políticas para idosos. Isso ampliou meus questionamentos de modo tão contundente que foi necessário redimensionar o universo da pesquisa, pois percebi que existiam tantas conexões entre todas as instituições e agentes que não era mais possível pensar um ou outro separadamente.

Tornava-se cada vez mais evidente para mim que as políticas e os agenciamentos não diziam respeito apenas ao extraordinário, ao contrário, eles estão ligadas ao cotidiano como nos indica Veena Das (2007). Um cotidiano encarnado, feito

¹⁴ A Política Nacional do Idoso (PNI), Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, conta com 20 artigos e um deles estabelece a seguinte proibição: “Art. 18. Fica proibida a permanência em instituições asilares, de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou pôr em risco sua vida ou a vida de terceiros”.

de pessoas, de afetos, de conflitos, de pequenos gestos, escolhas e práticas individuais que são compartilhadas e experienciadas com outros indivíduos em situações do próprio cotidiano (Carvalho, 2008).

Das (2007), remetendo-se ao pensamento de Wittgenstein (1999), propõe que a experiência seja compreendida a partir de uma “gramática da linguagem” que é construída no cotidiano. Para Wittgenstein (1999), a linguagem funciona em seus usos e, portanto, não caberia indagar sobre os significados das palavras (atitude metafísica) e sim sobre as suas funções práticas (atitude ordinária). Essas funções práticas das palavras só fazem sentido nas interações cotidianas.

Como a vida ordinária é múltipla, ela possibilita um conjunto de “jogos de linguagem” que seguem regras específicas e reconhecidas entre aquele que fala e quem o escuta. Desse modo, o significado do que está sendo enunciado não se constitui individualmente, mas nas interações cotidianas. Inspirada pelo filósofo supracitado, Das (2007, p. 6, tradução nossa) afirma: “As palavras, quando levam uma vida fora do ordinário, tornam-se esvaziadas de experiência, perdem o contato com a vida”.

Assim, a autora busca compreender a experiência não como algo interior ou transcendente, mas através dos efeitos dessa gramática da linguagem, nas falas, no corpo e nos comportamentos. Afirma que apesar da linguagem e do cotidiano estarem conectados, muitas vezes pensamos a “agência” fora do cotidiano e não como uma descida até ele. As ações de indivíduos e de grupos na tentativa de manterem e (re)organizarem suas vidas, não podem ser compreendidas como tendo um agente de resistência ou que ocorram em situações extraordinárias. Os agenciamentos são feitos cotidianamente, de forma indireta, transversal e também através de outros indivíduos que não estão diretamente ligados a eles ou ao grupo.

A partir dessa perspectiva, além do interesse pelas relações e agenciamentos em ocasiões extraordinárias como as Conferências, centrei meu olhar para o cotidiano dos participantes do grupo de idosos no posto de saúde, em suas casas, nas viagens e passeios em que estivemos juntos; nas falas das assistentes sociais e dos demais agentes institucionais que constam nos documentos do Ministério Público; nos discursos expressos nos documentos das políticas, buscando perceber o cotidiano da burocracia e seus desdobramentos na vida dos idosos.

Assim, minha intenção neste trabalho foi aproximar-me do que Kleinman e Kleinman (1991) chamam de “etnografia da experiência”, na medida em que busquei estar atenta “ao que está em jogo” em situações particulares para participantes

particulares. Desse modo, acredito ser possível oferecer um entendimento da elaboração das formas de subjetivação dos idosos estabelecidas a partir das políticas públicas e das inter-relações entre os agentes envolvidos nesse contexto.

Para Kleinman e Kleinman (1991, p. 277) a “experiência” pode ser pensada como um meio intersubjetivo de transações sociais em mundos morais locais. É o resultado de categorias culturais e estruturas sociais que interagem com os processos psicofisiológicos de tal forma que um mundo de mediação é constituído. Assim, a experiência seria o fluxo vivenciado desse meio intersubjetivo. Os autores enfatizam que, em termos práticos, esse mundo é mediado e definido pelo que, de modo vital, está em jogo para grupos e indivíduos. O que está em jogo em situações do cotidiano difere (muitas vezes de forma dramática), devido à elaboração cultural, a idiossincrasia pessoal, as particularidades históricas, e as especificidades da situação. O que está em jogo em cenários da vida cotidiana é usualmente disputado e indeterminado.

Os autores problematizam, também, aspectos relacionados ao processo de “transformação profissional” operacionalizado pela biomedicina, o qual o sofrimento de homens e mulheres é transformado em taxonomias médicas. Nesse sentido, a transformação profissional torna-se “mais do que uma pequena sugestão de superioridade moral, ela recria o sofrimento humano como doença desumana” (Kleinman; Kleinman, 1991, p. 276), na medida em que se afasta da experiência e distorce o mundo moral do paciente e da comunidade. Além disso, os pesquisadores atentam para o “dilema interpretativo dos antropólogos”, tendo em vista que também participam desse mesmo processo de transformação profissional.

A interpretação do sofrimento de alguns grupos ou pessoas como reprodução das relações opressivas de produção ou como simbolização da dinâmica dos conflitos no interior do *self* ou como resistência à autoridade é uma transformação da experiência cotidiana da mesma ordem das reconstruções patologizantes da biomedicina. Não é moralmente superior antropologizar o sofrimento, ao invés de medicá-lo. O que se perde nas interpretações biomédicas – a complexidade, a incerteza e a ordinariedade do mundo unificado da experiência de algum homem ou mulher – também é perdido quando a doença é reinterpretada como papel social, estratégia social, ou símbolo social... qualquer coisa menos a experiência humana (Kleinman; Kleinman, 1991, p. 276. Tradução nossa).

É importante ressaltar que eles não estão postulando o sofrimento como uma experiência pura, sem significados culturais e mudanças históricas, até porque não pode haver tal fenômeno humano acultural, a-histórico. O que os autores estão sugerindo é que caso as análises antropológicas se distanciem da experiência, podem constituir um

sujeito falso e se envolver em um discurso profissional tão desumanizante quanto quaisquer outros que o antropólogo critica.

Tendo em vista as escolhas metodológicas, importa perguntar: como o olhar antropológico capta estas experiências e as transforma em uma escrita etnográfica? Estudiosos que trabalham na perspectiva da Antropologia de Experiência (Good, 1994; Kleinman, 1988, 2006; Rabelo, 1999; Coker, 2004) evidenciam a construção de narrativas como uma dimensão fundamental a ser considerada. As narrativas são vistas não apenas como a expressão ou a representação de uma experiência, mas como uma possibilidade de re-ordenação do *self* em situações de ruptura, separação, trauma, adoecimento, vulnerabilidade.

Nesse sentido, as narrativas dos idosos que participam das atividades do posto de saúde, dos que participam das Conferências de Direito, bem como as das assistentes sociais nos documentos do Ministério Público, buscam organizar as experiências de adoecimento, perdas, vulnerabilidade, dependência e os agenciamentos cotidianos possíveis em contextos específicos de interação com instituições e de reivindicação por direitos. Aproximar-se das experiências expressas nos discursos e corpos dos idosos possibilita compreender os sentidos de envelhecer que são construídos a partir do “mundo vivido”.

Como afirmei anteriormente, o caminho percorrido durante a pesquisa não foi escolhido de modo prévio e intencional. O campo foi sendo construído a partir da minha experiência pessoal, dos contatos estabelecidos com pessoas e instituições e das conexões e questionamentos que fui desenvolvendo, num exercício de proximidade e afastamento ao longo dos três anos que me dediquei ao trabalho de campo.

A etnografia foi realizada com diferentes agentes, em esferas e níveis diversos, mas que, de algum modo, estavam interconectados, a saber:

- Consulta de documentos relacionados às políticas públicas voltadas para a população idosa como o Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), documentos informativos e de suporte técnico (cartilhas, guias, manuais técnicos, relatórios, declarações da Organização Mundial da Saúde, da Organização das Nações Unidas, do Ministério da Saúde, entre outros), materiais informativos e de divulgação (folders, textos e reportagens veiculados na mídia impressa e digital).

- Participação nos encontros semanais do grupo de idosos realizados no posto de saúde ao longo de 2 anos (2010-2012) e também em passeios e viagens organizados pelos idosos e profissionais de saúde, tais como: visita a Fundação Iberê Camargo em Porto Alegre; três viagens ao município de Santa Cruz do Sul/RS para a *Oktoberfest*¹⁵ no dia destinado a “terceira idade”; três almoços de confraternização por ocasião do Natal e do recesso das atividades do grupo durante o verão; uma viagem de uma semana a um hotel com piscinas termo minerais no município de Treze Tílias, Santa Catarina.
- Participação e observação nas Conferências Municipal, Estadual e Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, em 2011, as duas primeiras realizadas em Porto Alegre e a última em Brasília.
- Consulta dos Procedimentos Administrativos (PAs) e do Inquérito Civil (IC) envolvendo denúncias de violação de direitos dos idosos, instaurados pela 7ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul.

O diagrama a seguir pretende ilustrar as esferas que compõem a etnografia e o modo como percebo as possíveis conexões entre elas:

¹⁵O município de Santa Cruz do Sul está localizado a 155 km de Porto Alegre, na região denominada de Vale do Rio Pardo. É um dos núcleos de colonização alemã no estado e conhecido por cultivar as tradições e o folclore germânico. Entre estas tradições está a *Oktoberfest* de Santa Cruz do Sul, que nasceu inspirada na festa da cerveja de Munique, na Alemanha. O evento ocorre anualmente nos meses de outubro.

Figura 1: Esferas do Campo de Pesquisa



Fonte: Elaborado da autora.

Observa-se, assim, que as quatro diferentes esferas – cada uma delas com agentes e níveis diversos – conectam entre si aspectos relacionados aos idosos, à saúde e as políticas públicas. As conexões construídas no decorrer da pesquisa suscitaram questões que norteiam a tese e que problematizarei nos quatro capítulos subsequentes.

Para refletir sobre as conexões entre os níveis e as formas de processos sociais e ações relacionadas às políticas, inspiro-me na proposta de Shore e Wright (1997). As autoras propõem “estudar através de”, no sentido de traçar os modos como o poder engendrado nas políticas cria teias e relações entre atores, instituições e discursos ao

longo do tempo e do espaço. Isso implica também estudar os dois “lados” que constituem as políticas públicas: de um lado, os discursos e práticas dos formuladores, implementadores e operadores e, do outro lado, dos destinatários dessas políticas.

De acordo com as autoras, a complexidade dos variados significados e esferas das políticas sugere que elas não podem ser estudadas por observação participante num único local. A chave é compreender as interações (e disjunções) entre os diferentes espaços e níveis nos processos políticos. Nesse sentido, “estudar através de” possibilita traçar conexões entre diferentes mundos organizacionais e cotidianos, mesmo quando os agentes em diferentes esferas não conhecem uns aos outros ou não compartilham o mesmo universo moral.

CAPÍTULO 2

Os idosos e as políticas de saúde: da assistência ao “envelhecimento ativo”

As políticas compõem a organização da sociedade, tendo em vista que elas estão em todas as áreas da vida e colaboram no modo como os indivíduos constroem a si mesmos, suas condutas e suas relações sociais. No entanto, é preciso compreender que elas são construções sociais que vão se transformando em consonância com as mudanças e as dinâmicas próprias da sociedade. Nesse sentido, as políticas de saúde instituídas nos últimos anos situam-se num contexto histórico, social, político e econômico mais amplo.

Assim, torna-se relevante chamar atenção para a constituição histórica dessas políticas, destacando algumas das condições de possibilidade (Foucault, 2002a) que determinaram o atual regime de práticas de governo (Dean, 1999). Em outras palavras, acredito que retomar o caminho das políticas de saúde, em especial daquelas voltadas às pessoas maiores de 60 anos, possibilita compreender como elas chegaram a ser como são e seus desdobramentos no cotidiano dos atuais “idosos”.

Na tentativa de lançar um olhar histórico específico, inspiro-me na proposta genealógica de Foucault (2000). Não se trata de realizar uma genealogia das políticas de saúde brasileiras, mas de destacar episódios políticos de diferentes décadas – a promulgação de leis, a criação de conselhos, o surgimento de movimentos organizados pela sociedade civil – que contribuem para pensar a emergência de determinadas práticas governamentais, conceitos, relações entre instituições e sujeitos, dos sujeitos consigo mesmos e com a sociedade, no tocante às questões do envelhecimento.

Um dos objetivos desse capítulo é demarcar o surgimento da categoria “idoso” no contexto das políticas públicas no Brasil. A categoria “idoso”, especialmente após a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e do Estatuto do Idoso, conquistou visibilidade e aglutinou outras categorias referentes a pessoas com 60 anos ou mais de idade tanto em termos legais quanto políticos, no sentido da formação de sujeitos de direito.

Outro objetivo é discutir a constituição e a organização do sistema de saúde brasileiro a partir dos preceitos liberais¹⁶, bem como das diretrizes e orientações propostas em nível internacional. Com isso, chamo atenção para as formas como tais políticas operam sobre a população idosa, construindo sujeitos responsáveis por um envelhecimento ativo e saudável. Além disso, busco compreender como as políticas de saúde produzem sujeitos e modos de envelhecer, ao mesmo tempo em que são produzidas por eles.

A meu ver, é a partir desse contexto mais amplo que se pode compreender a emergência da política de promoção de saúde e da política do Envelhecimento Ativo. E, em um nível mais localizado, compreender a participação dos idosos em grupos de saúde, em Conselhos e Conferências e a falta de atenção do Estado e das políticas públicas brasileiras em relação aos idosos em situação de vulnerabilidade e dependência. Proponho a discussão dessas questões nos próximos capítulos da tese.

O presente capítulo, de um modo geral, traz aspectos sobre as mudanças da população brasileira nas últimas décadas, as suas demandas sociais e as ações estatais de controle da vida dessa população. Ele está dividido em cinco seções:

- Na primeira seção trato mais especificamente das relações entre a assistência à saúde, a assistência social e a previdência social entre as décadas de 1920 a 1970;
- Na segunda seção abordo elementos que contribuíram para a constituição do sistema de saúde brasileiro;
- Na terceira, discuto o período da abertura política no país, as mobilizações sociais e a criação do Sistema Único de Saúde;
- Na quarta, trago a inserção de questões relacionadas às pessoas maiores de 60 anos na pauta política nacional e internacional, a formulação de leis e políticas de saúde voltadas para a população idosa brasileira;

¹⁶ Após os anos de 1980, em especial com o Governo Reagan (EUA) e o Governo Thatcher (Reino Unido), se popularizou o termo “neoliberal” para designar os ideais e práticas político-econômicas. Contudo, os preceitos que orientam o “neoliberalismo” não diferem substancialmente dos preceitos do “liberalismo clássico”, a saber: o livre comércio, as liberdades individuais, a democracia, a propriedade privada, a autodeterminação nacional, o estado mínimo e, conseqüentemente, a diminuição de custos com os serviços assistenciais (Minogue, 1996). Sendo assim, apesar de compreender que ocorreram algumas mudanças conceituais ao longo dos anos e da possível influência das particularidades econômicas, políticas e sociais dos países no modo como as práticas liberais/neoliberais se desenvolvem, utilizarei os termos “liberalismo” e “liberal” no texto. Minha opção se justifica ao levar em consideração que meu objetivo é discutir os preceitos que fundam essa “doutrina política” e que, de algum modo, fazem parte do pensamento e comportamento ocidental.

- Na quinta seção discuto a política de saúde intitulada Envelhecimento Ativo.

2.1. A assistência e a previdência social: provimento de renda e benefícios para os trabalhadores brasileiros

A inclusão da população acima de 60 anos no campo legislativo brasileiro teve início a partir de iniciativas que pautavam a garantia de renda para os trabalhadores. Um dos primeiros decretos relacionados ao tema é de 1888 e regulamentava o direito à aposentadoria para os empregados dos Correios¹⁷. No século XX, o Código Civil de 1916¹⁸ trouxe a obrigatoriedade do regime de separação de bens entre cônjuges maiores de 70 anos.

Nas décadas de 1920 e 1930, as preocupações com questões ligadas à Seguridade Social (Saúde, Assistência Social e Previdência) de aposentados e incapacitados para o trabalho ganharam espaço no contexto político, culminando com a promulgação de leis trabalhistas que tratavam das aposentadorias (por velhice, tempo de serviço, invalidez), o auxílio-doença e as pensões¹⁹. Assim, em 1923, foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)²⁰ e o Conselho Nacional do Trabalho²¹ e, em 1934, foi criada a Justiça do Trabalho, para citar alguns exemplos.

O Código Penal de 1940²², o terceiro da história do país e o mais longo em vigência (de 1942 a 1984 quando sofreu alterações), trouxe artigos específicos referentes ao aumento da pena para crimes cometidos contra pessoas acima de 60 anos e a atenuação da pena para os maiores de 70 anos. Nesse mesmo período, com as mudanças econômicas e políticas do governo Vargas (1930-1945), a gestão da Previdência Social passa a exercida pelo Estado e as CAPS, mencionadas anteriormente, são transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

¹⁷ Decreto nº 9.912A, de 26 de março de 1888.

¹⁸ Lei nº 3.071, de 1 de janeiro de 1916.

¹⁹ Para uma discussão aprofundada sobre a legislação que se refere aos trabalhadores entre as décadas de 20 e 70, ver Haddad (1986), Hochman (2000) e Simões (2000).

²⁰ Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) eram organizadas coletivamente em empresas e fábricas por iniciativas dos trabalhadores com o objetivo de atender as demandas de saúde e o amparo previdenciário dos operários.

²¹ Lei nº 16.027, de 30 de abril de 1923.

²² Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

No início da década de 1960, as discussões sobre a Previdência foram retomadas e criou-se a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)²³, que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões. No mesmo ano foram aprovados o Regimento Geral da Previdência Social²⁴ e a lei que dispôs sobre a contagem do tempo de serviço prestado a União, as autarquias e as sociedades de economia mista, para efeito de aposentadoria²⁵. Em 1963, o trabalhador rural passou a ter benefícios, a partir da lei que criou o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL)²⁶. Houve, ainda, mudanças no Código Eleitoral de 1965²⁷, tornando facultativo o voto para pessoas com mais de 70 anos de idade.

Com relação às décadas de 1960 e 1970, é importante lembrar que o Brasil estava sob o comando do Regime Militar (1964-1985) caracterizado pela ausência de direitos individuais e constitucionais, bem como pelo cerceamento das liberdades públicas e democráticas. Dois anos após o golpe militar, o governo de Castello Branco propôs novas alterações para a Previdência. Entre elas estão: a instituição do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)²⁸, a modificação dos dispositivos da Lei Orgânica da Previdência Social²⁹ relativos as prestações e os custeios e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)³⁰ que agregou todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) criados anteriormente³¹. Os benefícios e auxílios de assistência social e de saúde continuavam ligados ao universo do trabalho, mas, a partir desse momento, eles foram direcionados exclusivamente aos trabalhadores urbanos e rurais que contribuía financeiramente para o INPS durante um tempo determinado.

É importante destacar que foi a partir dos anos 60 que outros agentes começaram a se interessar pelas questões do envelhecimento. Em especial, grupos ligados à sociedade civil, as associações científicas e a iniciativa privada iniciaram a promoção de ações e contribuía para a constituição de saberes sobre o tema. Camarano e Pasinato (2004) destacam duas iniciativas que tiveram impacto na

²³ Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960.

²⁴ Decreto nº 48.959A, de 10 de setembro de 1960.

²⁵ Lei nº 3.841, de 15 de dezembro de 1960.

²⁶ Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963.

²⁷ Lei nº 4.737, de 15 de julho de 1965: Parte Primeira, Introdução.

²⁸ Lei nº 5.107, de 13 de setembro de 1966.

²⁹ Decreto-Lei nº 66, de 21 de novembro de 1966.

³⁰ Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966.

³¹ Para aprofundamento dessas questões, ver Aciole (2006).

formulação das políticas que surgiram nos anos seguintes: a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e o trabalho desenvolvido pelo SESC.

A SBGG foi criada em 1961 e tinha entre os seus objetivos “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia” (Camarano, Pasinato, 2004, p.264).

A segunda iniciativa foi empreendida pelo SESC, a partir de 1963. O trabalho da instituição, de cunho assistencial, teve início com um pequeno grupo de comerciários na cidade de São Paulo onde formaram grupos com o objetivo de minimizar o desamparo e a solidão na velhice. Antes do trabalho desenvolvido pelo SESC, as instituições que realizam ações com esse segmento da população focavam apenas no atendimento asilar. Então, de acordo com as autoras, tais ações geraram mudanças na forma de atendimento e influenciaram o modo de pensar as futuras políticas públicas.

Durante o governo do general Ernesto Geisel, iniciado em 1974 com a promessa do processo de abertura política, o país enfrentou uma crise econômica devido ao fim do chamado “milagre econômico” e a reorganização de diversos setores da sociedade descontentes com as violações de direitos humanos, as questões econômicas e trabalhistas. Entre os setores oposicionistas destacaram-se os progressistas da Igreja Católica, o movimento estudantil e os trabalhadores que discordavam dos reajustes salariais e do controle excessivo dos sindicatos pelo governo³².

Neste período, no que se refere à política econômica, o governo lançou o chamado Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento, que tinha como prioridades as seguintes áreas: produção de bens de capital e insumos básicos; produção de energia; transporte e comunicações (Batista, 1987). As questões referentes aos trabalhadores, à Previdência e a Assistência Social, bem como aos programas assistenciais também ganham destaque.

Em 1974, Geisel criou o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS³³, desmembrando-o do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Com isso, iniciam-se as discussões a respeito da concessão e manutenção de benefícios, e da

³² Em 1978, teve início no ABC Paulista o ciclo grevista que marcaria a retomada do movimento sindical, em decorrência de uma série de intervenções e repressões sofridas após o golpe militar de 1964 (Pogibin, 2009). Com relação ao Movimento Estudantil e a repressão política, ver Cancian (2009).

³³ Lei n° 6.036, de 1° de maio de 1974.

prestação de serviços nas áreas da Previdência Social, Assistência Social e Saúde para grupos específicos como trabalhadores urbanos e rurais, velhos e inválidos.

Nesse mesmo ano, os trabalhadores urbanos e rurais, maiores de 70 anos ou inválidos (incapacitados para o trabalho), que tenham sido filiados ao regime do INPS, que exerceram atividades remuneradas incluídas no regime do INPS ou FUNRURAL ou que tenham ingressado neste regime após completar 60 anos de idade, passaram, por lei³⁴, a gozar de amparo previdenciário. Esta lei prevê renda mensal vitalícia e assistência médica nos mesmos moldes da prestada aos demais beneficiários da Previdência Social urbana ou rural.

Três anos depois, em 1977, é fundado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), responsável “pela proposição da política de previdência e assistência médica, farmacêutica e social, bem como pela supervisão dos órgãos que lhe são subordinados e das entidades a ele vinculadas”³⁵.

O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social ficou sob a orientação, coordenação e controle do Ministério da Previdência e Assistência Social. Ele reunia as seguintes entidades: Instituto Nacional de Previdência Social - INPS; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS; Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA; Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor - FUNABEM; Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV; Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS.

O SINPAS, através das entidades envolvidas, organizou seminários para debater o tema da Previdência e da Assistência Social, buscando planejar ações e serviços para os grupos de previdenciários aposentados. Com isso, foram sendo desenvolvidas normas, diretrizes e programas. O objetivo era oferecer oportunidades de participação de desses grupos na sociedade, abrindo espaço também para discussão sobre a reivindicação de direitos sociais.

Observei que até meados da década de 1970 este segmento da população era descrito nos documentos oficiais (leis e decretos) como “maiores de 60 anos”, “pessoas com mais de 70 anos”, “velhos”, “aposentados e pensionistas” ou constava o termo “velhice” que, de modo geral, englobava todos eles. É a partir das discussões e

³⁴ Lei nº 6.179 - de 11 de dezembro de 1974.

³⁵ Lei nº 6.439 - de 1 de setembro de 1977.

programas organizados e desenvolvidos pelo SINPAS e as entidades envolvidas que a categoria “idoso” aparece nos documentos e nos programas governamentais.

Um exemplo disso foi a criação do Programa de Assistência ao Idoso (PAI), em 1975. Este programa foi o primeiro em nível nacional e tinha como objetivo organizar e promover grupos de convivência, em postos do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) de todo o Brasil, para os idosos previdenciários. Após a reforma da Previdência em 1977, o Programa de Assistência ao Idoso ficou sob a responsabilidade da Fundação Legião Brasileira de Assistência até 1987³⁶.

A atuação do Programa acontecia em dois níveis: direto e indireto. A atuação direta se realizava nas instalações da LBA e contava com os técnicos da entidade. Eram centros sociais, postos de distribuição de material e alimentos, núcleos de voluntariado que atendiam os idosos individualmente ou em grupos. A outra forma de atuação era indireta, a partir da realização de convênios com asilos, pagando uma parte do valor de um determinado número de vagas. Os técnicos da LBA selecionavam os idosos e os encaminhavam aos asilos conveniados, enquanto as assistentes sociais ficavam responsáveis pela supervisão (Rodrigues, 2001).

O INPS também era responsável pelas internações, sob custódia, de aposentados e pensionistas idosos em instituições. A admissão era concedida após ser considerado o desgaste físico e mental dos mesmos, a insuficiência de recursos próprios e de familiares para a subsistência, a inexistência ou o abandono da família.

Em 1976, o Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio da Secretaria da Assistência Social e tendo como idealizador e coordenador um gerontólogo, organizou quatro seminários sobre “Estratégias de Política Social para o Idoso no Brasil”. Três eram seminários regionais que foram realizados em Belo Horizonte, São Paulo e Fortaleza, além de um nacional, realizado em Brasília. O objetivo era buscar “(...) um diagnóstico para a questão da velhice em nosso país e apresentar as linhas básicas de uma política de assistência e promoção social do idoso”. (Rodrigues, 2001, p. 150).

Após esses eventos foi criado o primeiro documento do governo federal com informações a respeito da situação do idoso no país e com algumas diretrizes para políticas sociais específicas a população idosa. O documento intitulado “Política Social

³⁶ Depois de dez anos do Programa sob a responsabilidade da LBA, houve uma reestruturação da entidade e o Programa de Assistência ao Idoso se transformou em Projeto de Apoio a Pessoa Idosa (PAPI).

para o Idoso – Diretrizes Básicas” trazia propostas que visavam a manutenção do idoso na família, revisão dos critérios para concessão de subvenções a entidades asilares, criação de serviços médicos especializados, revisão do sistema previdenciário, formação de recursos humanos, coleta de produção de informações e análises sobre a situação do idoso pelo DATAPREV e IBGE, dentre outras (Camarano; Pasinato, 2004, p.265).

É possível observar que, desde as primeiras iniciativas direcionadas a população idosa, o foco voltava-se para o provimento de renda e benefícios para os trabalhadores e assistencial social para os carentes e dependentes. Com o crescimento desse segmento populacional e as questões relacionadas à Seguridade Social, aliado as pressões de outros agentes como a SBGG, o SESC, vê-se, na década de 1970, mudanças nos modos do governo conduzir a gestão tanto das pessoas quanto dos recursos. As propostas da “Política Social do Idoso” apontam a necessidade de se conhecer essa população para agir de modo mais eficaz seja na família, no asilo, nos serviços de saúde ou de previdência.

2.2. A assistência à saúde: a ênfase nos serviços básicos de saúde, na política de promoção de saúde e na participação comunitária

O sistema de proteção social no Brasil teve suas origens no período colonial. Ele dizia respeito à assistência as doenças e a pobreza, especialmente através de práticas filantrópicas, voltadas para os pobres, os indigentes e vinculadas a instituições religiosas. As instituições que ganharam destaque foram as Santas Casas de Misericórdia, tendo sido criada a primeira em 1543 na cidade de Santos. A partir desta data até 1900 foram fundadas outras cento e três, nos quarenta anos seguintes – de 1901 a 1940 – mais de cento e vinte e seis passaram a funcionar no país (Acirole, 2006).

Após a Proclamação da República no Brasil em 1889, principalmente na primeira década do século XX, começaram a ser implementados alguns serviços de saúde pública em nível nacional, sob o comando do médico e sanitarista Oswaldo Cruz³⁷ (Oliveira, 1998). Foi um período marcado pela prevalência de uma visão

³⁷ Oswaldo Cruz foi pioneiro nos estudos sobre epidemias e moléstias tropicais no Brasil. Após especializar-se em Bacteriologia pelo Instituto Pasteur, na França, voltou ao Brasil e encontrou o porto de Santos assolado por uma epidemia de peste bubônica. Engajado no combate à doença, fundou o Instituto Soroterápico Federal (atual FIOCRUZ), no Rio de Janeiro, em 1900. Esteve à frente do combate à Febre Amarela e Varíola. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/oswaldo-cruz> Acesso em: 01 de fevereiro de 2014.

higienista, por um modelo assistencial sanitaria e por condições de saúde identificadas basicamente pela presença ou ausência relativa de doenças. A crescente industrialização e modernização dos centros urbanos brasileiros traziam consigo a necessidade de ações coletivas e campanhas estatais de controle das doenças de massa que assolavam a população³⁸. Assim, o “Sanitarismo Campanhista” (Merhy, Malta, Santos, [s.d.]), ligado ao modelo econômico agroindustrial exportador, tinha como foco o saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e com o controle das doenças que pudessem prejudicar a exportação.

A partir da década de 20, além das ações das instituições filantrópicas e das práticas sanitarias promovidas pelo Estado, a assistência à saúde passa a fazer parte das reivindicações dos trabalhadores e a ser oferecida àqueles que contribuíam com a Previdência Social, como vimos anteriormente. O modelo “médico assistencial privatista” teve influência da medicina liberal³⁹ e trouxe algumas mudanças nas concepções de assistência médica. “O importante já não era sanear os espaços, mas cuidar dos corpos dos trabalhadores, mantendo sua capacidade produtiva. Expandiu-se a partir da década de 40 dando início à compra de serviços privados” (Merhy, Malta, Santos, [s.d.], p. 5).

Entre 1930 e 1950, as ações de saúde estavam relacionadas aos interesses das políticas de industrialização e às questões que envolviam a Segunda Guerra, como a extração da borracha na região Norte e a construção de uma base militar no Nordeste. Assim, o foco era combater as endemias e as moléstias tropicais que poderiam ser prejudiciais a ambas. O Estado preocupava-se cada vez mais com as questões de higiene como saneamento urbano e rural, higiene industrial e higiene materno-infantil, cuja responsabilidade era do Departamento Nacional de Saúde Pública, bem como com as endemias rurais que ficavam a cargo do Departamento Nacional de Higiene das Endemias Rurais.

³⁸ No Rio de Janeiro, por exemplo, teve uma alta mortalidade causada por moléstias infectocontagiosas como Febre Amarela, Varíola, Peste, Sarampo, Escarlatina, Difteria, Impaludismo, Tifo, Disenteria, Beribéri, Hanseníase (Lepra), Tuberculose, Coqueluche e Gripe que exigiu uma forte ação saneadora da Liga do Saneamento, resultando em eventos marcantes como a Revolta da Vacina em 1904. Na publicação *Nosso Século* (Abril Cultural, 1980) encontra-se um quadro com os dados sobre a mortalidade causada por cada uma dessas moléstias no Rio de Janeiro de 1900 a 1910. Para aprofundamento sobre o período da Primeira República e a Revolta da Vacina, ver Carvalho (1987) e Sevcenko (2010).

³⁹ De acordo com Nogueira (1991, p.122), a característica da Medicina Liberal é a “subordinação do conjunto das suas atividades ao esquema de reprodução mercantil simples que marca a relação de compra e venda de consultas”. O médico liberal pode visitar pacientes em seus domicílios, medicar nas enfermarias de hospitais filantrópicos, exercer a docência, mas, sobretudo, ele atende seus pacientes em consultório privado.

Em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, se formou uma rede permanente de unidades de saúde, as Unidades Sanitárias, e juntamente com elas um novo profissional, o visitador sanitário. Como a saúde e a educação foram reunidas numa única estrutura em 1930, o Ministério da Educação e Saúde – MES⁴⁰, as Unidades Sanitárias difundiam práticas de higiene e educação sanitária com o objetivo de prevenir doenças (Luz, 1979).

Tendo como base as formulações sanitaristas, o Estado amplia a rede de serviços de caráter ambulatorial entre os anos de 1945 e 1960. As ações desenvolvidas pelas Unidades Sanitárias vão se constituindo como medicina preventiva, partindo do princípio de que a medicina deveria prevenir as doenças mais do que curá-las. De acordo com Aciole (2006, p.155), a adoção do ideário da medicina preventiva foi fortemente influenciada pelo modelo liberal⁴¹, tendo em vista que as questões de saúde seriam solucionadas pelos médicos, mas parte do sucesso era atribuído à adesão dos pacientes, “a quem resta a opção da liberdade de escolha”.

Desse modo, estabelece-se entre os agentes uma relação cooperação com a saúde pública, ou seja, os problemas de saúde deveriam ser solucionados através da participação do Estado e do indivíduo. Difunde-se uma medicina familiar, comunitária e, apenas posteriormente, hospitalar, cuja operacionalização ocorre nas formas de visitas domiciliares, com instituições de saúde pública, órgãos de saneamento, entre outros.

Na década de 50, a Organização Mundial de Saúde (OMS) expõe suas preocupações com as disparidades sociais existentes entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, bem como para os problemas de saúde das populações mais pobres. Constatou que, apesar dos esforços empreendidos em campanhas especializadas para controle dos agravos à saúde, elas teriam resultados temporários caso não fossem acompanhadas de serviços permanentes de saúde para o controle, a prevenção, a promoção e a manutenção da saúde.

Diante dessa constatação, a OMS define “os serviços básicos de saúde” na Assembleia de Saúde de 1953, os quais constavam as seguintes atividades: atenção à saúde da mulher e da criança; controle de doenças transmissíveis; saneamento

⁴⁰ O Ministério da Saúde separou-se do MES para tornar-se uma estrutura independente em 1953.

⁴¹ É importante destacar que a influencia no modelo liberal na saúde não se deu apenas nas primeiras décadas do século XX. Tanto o modelo liberal, como posteriormente, as ideias neoliberais irão servir de base para a organização do sistema de saúde em vários países, inclusive no Brasil. Busco discutir, ainda nesse capítulo, a relação entre esse modelo e a política do Envelhecimento Ativo, a partir das reflexões de Michel Foucault e Mitchell Dean.

ambiental; manutenção de sistemas de informação; educação em saúde; enfermagem de saúde pública; assistência médica de baixo grau de complexidade. É importante destacar que os serviços básicos de saúde propostos pela OMS seguiam os moldes da medicina preventiva, movimento que já havia ganhado força nos Estados Unidos e em países da Europa como França e Suécia (Paim; Almeida Filho, 1998).

Nos anos 60, as mobilizações populares e intelectuais em torno das questões sociais como os Direitos Humanos, a Guerra do Vietnã, o racismo, a pobreza, se intensificaram, especialmente nos Estados Unidos (Merhy, Malta, Santos, [s.d.]). Nesse contexto, tendo como principal influência a Medicina Comunitária norte-americana⁴², iniciou-se a organização do movimento da Saúde Comunitária ou da Medicina Geral Comunitária, com programas implantados também na América Latina, principalmente no Brasil, na Colômbia e no Chile. A proposta recuperou parte do discurso da medicina preventiva, tendo como objetivos efetuar ações de prevenção, educação em saúde e prestar cuidados básicos de saúde a populações geograficamente delimitadas.

A Medicina Geral Comunitária⁴³ tinha como características a regionalização, a hierarquização dos serviços, a introdução de outras categorias profissionais na assistência, as ações preventivas e curativas como serviços básicos e que precisavam ser oferecidos de modo universal. Outra característica dessa proposta era a preocupação com a saúde da população local e, com isso, buscava-se conhecer a realidade social, econômica e cultural da comunidade. Também fazia parte desse ideário integrar as equipes de saúde através da identificação e da cooperação de agentes locais como, por exemplo, as lideranças comunitárias⁴⁴. Nesse sentido, a participação da chamada comunidade era uma atividade incentivada e almejada, na tentativa de envolver os indivíduos na solução de seus problemas de saúde. A participação comunitária foi

⁴² Merhy, Malta e Santos [s.d. p.6] explicitam que a influência norte-americana na Saúde Comunitária deu-se a partir dos chamados centros comunitários de saúde. Do mesmo modo, Paim e Almeida Filho (1998, p.304) contextualizam o movimento da Saúde Comunitária nos Estados Unidos e enfatizam que apesar da proposta ter sido pioneira nesse país, ela foi parcial, temporária e não se efetivou no âmbito da saúde pública.

⁴³ A Medicina Geral e Comunitária, como especialidade médica, teve início no Brasil em 1976, a partir de dois programas de Residência Médica que buscavam formar “médicos gerais comunitários” especializados em cuidados primários em saúde. Um dos programas pioneiros foi desenvolvido na Unidade Sanitária Murialdo, em Porto Alegre, vinculada à Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul; e outro, chamado Projeto Vitória, vinculado à Universidade Federal de Pernambuco (Oliveira, 1998). Para o aprofundamento do processo de constituição da Medicina Geral e Comunitária no Brasil, ver Sól (2011).

⁴⁴ No terceiro capítulo, que trata de questões envolvendo o grupo de idosos de um posto de saúde, grupo este pertencente a um serviço de saúde comunitária, serão discutidos alguns aspectos das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde, o serviço e a comunidade.

endossada pela OMS, em 1963, quando a organização fez uma revisão da definição dos serviços básicos de saúde e a incluiu.

É possível perceber que o modelo liberal influenciou a organização do Sistema de Saúde desde as primeiras iniciativas estatais ou de grupos específicos. O “modelo assistencial privatista”, iniciado na década de 20, serviu como base para a organização e oferta da atenção médica suplementar (planos de saúde coletivos e individuais, empresariais ou não) que cresceu significativamente nas últimas décadas. A medicina preventiva incluiu a noção de cooperação dos pacientes na solução dos problemas de saúde, no sentido de que eles deveriam aprender sobre higiene e seguir as orientações médicas e sanitárias para que as doenças fossem prevenidas e não apenas curadas.

Com a Medicina Comunitária, a participação da comunidade era buscada de um modo distinto pela equipe de saúde. O foco estava voltado para o conhecimento dos problemas de saúde locais, construído a partir da aproximação com agentes da própria comunidade. A partir das proposições e experiências da medicina comunitária para pensar e gerir a saúde pública, a noção de Cuidados Primários de Saúde ou Atenção Primária em Saúde emerge e é assimilada por vários países no final da década de 70 como um modelo ideal para a organização dos serviços públicos de saúde⁴⁵.

Nesse contexto, a OMS realiza, em 1977, a 30ª Assembleia Mundial de Saúde e lançam o acordo político intitulado “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT-2000), no qual assumiram uma política de saúde que privilegiava os serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência (Paim, Almeida Filho, 1998).

No ano seguinte, em 1978, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) organizam a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata – URSS. Nessa conferência foi elaborada a Declaração de Alma-Ata que reafirmava a saúde como um direito humano fundamental, sob a responsabilidade política dos governos, mas também que era “direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (OMS/UNICEF, 1979, p.2). Instituiu, ainda, a Atenção Primária à Saúde como estratégia de operacionalização das metas da SPT-2000. De acordo com o documento, uma das principais metas sociais era que todos os povos do mundo

⁴⁵ No Brasil, a Atenção Primária em Saúde foi denominada de Atenção Básica a Saúde, sendo adotada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como porta de entrada do sistema de saúde e tendo como base os “princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social” (Brasil, 2003a, p.7), como veremos posteriormente.

atingissem, até o ano 2000, um nível de saúde que lhes permitissem levar uma vida social e economicamente produtiva⁴⁶.

A articulação entre saúde, condições de vida, ambiente, estilo de vida, responsabilização estatal, participação comunitária fomentou o desenvolvimento do conceito de promoção de saúde como um campo conceitual e de práticas que questionava a abordagem exclusivamente médica para a assistência à saúde. Além disso, apresentava-se como uma estratégia para enfrentar os diversos problemas de saúde pública e as limitações econômicas de um Estado provedor dos custos da assistência médica (Buss, 2000; Freitas, 2009).

Esse debate sobre a promoção de saúde emergiu com o relatório Lalonde elaborado, em 1974, pelo Ministério da Saúde do Canadá (Lalonde, 1981). A busca de uma racionalidade econômica, bem como de uma proposta de organização dos serviços de saúde em nível global, marcou sua elaboração. O relatório definia que o campo da saúde era composto por quatro determinantes: a biologia humana, o ambiente (natural e social), o estilo de vida e a organização da assistência à saúde. Esses quatro elementos foram identificados através das causas e fatores subjacentes das doenças e mortes entre os canadenses.

Contudo, as maiores causas de morbidade e mortalidade estavam ligadas aos três primeiros elementos e o relatório priorizou suas ações de intervenção sobre o estilo de vida (*lifestyle*) dos indivíduos. Nesse sentido, o relatório advertia que as decisões pessoais e hábitos ruins poderiam criar riscos auto-impostos e quando esses riscos, por sua vez, resultavam em adoecimento ou morte, poderia se dizer que o estilo de vida da vítima contribuiu ou causou a sua própria doença ou morte⁴⁷. A publicação do relatório Lalonde enfatizou o desenvolvimento de práticas autodisciplinadas e uma autovigilância, tendo em vista que gerou ações de saúde centradas na mudança de estilos de vida (Ferreira Neto, J. L. et al., 2009).

⁴⁶ Para cumprir essa meta foi recomendada a adoção de pelo menos oito ações: “educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada; provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; tratamento apropriado de doenças e lesões comuns; e fornecimento de medicamentos essenciais” (OMS/UNICEF, 1979, p.4).

⁴⁷ No original: “Personal decisions and habits that are bad, from a health point of view, create self-imposed risks. When those risks result in illness or death, the victim’s lifestyle can be said to have contributed to, or caused, his own illness or death” (Lalonde, 1981, p. 32).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 pela OMS e pela Associação Canadense de Saúde Pública, trouxe a público a Carta de Ottawa, documento que se tornou referência para a proposta de promoção da saúde em todo o mundo. A proposta reconhecia a importância do contexto social na determinação do processo saúde-doença e, também, que os estilos de vida estavam diretamente relacionados com o pertencimento a uma determinada classe social. Assim, propunha associar um conjunto de valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, entre outros.

Do mesmo modo, trazia uma combinação de estratégias baseadas na ideia de responsabilização múltipla que envolvia ações do Estado “construindo políticas públicas saudáveis”, de diversos setores da sociedade “criando ambientes favoráveis”, da comunidade “reforçando a ação comunitária”, dos indivíduos “desenvolvendo habilidades pessoais”, do sistema de saúde através da “reorientação dos serviços de saúde” (Brasil, 2002).

A Carta de Ottawa surgiu em decorrência das expectativas de saúde pública de países como Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental, mas estendiam a necessidade de pensar tais questões e elaborar estratégias para os demais países. Assim, a partir da Conferência e da Carta de Ottawa, outras conferências foram realizadas e outros documentos divulgados no final dos anos 80, durante a década de 1990 e 2000. O documento que se tornou referência para a promoção de saúde na América Latina foi a Declaração de Bogotá, elaborada na Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde de Bogotá, em 1992. Organizada pelo Ministério da Saúde da Colômbia e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), essa conferência propôs discutir a promoção de saúde em contextos marcados por intensas desigualdades, pobreza, crises econômicas e políticas, más condições de vida da população.

Assim, o conceito de promoção de saúde vem sendo debatido e faz parte das políticas de saúde brasileiras há quase três décadas. De acordo com Buss (2000), o que caracteriza o conceito moderno de promoção de saúde:

(...) é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, (...) sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao

ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (Buss, 2000, p. 167).

Apesar das críticas ao relatório Lalonde, a política de promoção de saúde seguiu dando enfoque a conceitos como “estilo de vida” e “qualidade de vida” e estabelecendo determinadas condutas e hábitos (de higiene, alimentação, educação etc.) além de, conseqüentemente, das moralidades que são, em geral, universalizantes.

Como discuto neste capítulo, as políticas públicas voltadas para a população idosa, em especial a política de saúde denominada Envelhecimento Ativo, segue as orientações da promoção de saúde, incluindo a responsabilização do indivíduo pelo seu bem-estar físico, psicológico e social, redução de doenças, produtividade e participação social e, principalmente, prolongamento da vida. Não de qualquer vida, mas de uma vida ativa e saudável. Partindo das considerações do presente capítulo, proponho discutir ao longo da tese questões que dizem respeito ao modo de envelhecer subjetivado pelas políticas e aos agenciamentos cotidianos dos idosos com tais políticas e seus mediadores.

2.3. A década de 80: a redemocratização no país, a criação do SUS e o movimento dos aposentados

Na década de 1980, novas questões relacionadas às políticas sociais emergiram no contexto internacional e brasileiro. Foi um período marcado por intensas mobilizações sociais e sindicais que culminaram no processo de democratização do país e na Constituição Federal de 1988; e no qual, a partir da chamada Constituição Cidadã, a seguridade social (saúde, assistência social e previdência social) tornou-se direito universal de cidadania para os brasileiros, independente dos vínculos de trabalho ou de contribuição com o sistema. De acordo com Simões (2000), a Constituição de 1988 estabeleceu, entre outras garantias previdenciárias,

(...) a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, um valor mínimo para todos os beneficiários previdenciários (de 1 salário mínimo) extensível aos idosos que não pudessem arcar com seu próprio sustento, mesmo que não tivessem contribuído para a Previdência, e a revisão do valor dos benefícios já concedidos a fim de recuperar e preservar seu poder (Simões, 2000, p. 279).

No tocante a reformulação do modelo da saúde, se consolida o marco legal do Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema de direito universal, descentralizado e participativo, voltado para as ações preventivas e os serviços assistenciais.

No cenário de desgaste do regime militar e a eminente transição para a democracia representativa formal, destaco dois movimentos que contribuíram com o processo de redemocratização e as lutas por direitos sociais: o Movimento da Reforma Sanitária, que atua como vetor de reflexão e ações políticas no campo da saúde e torna-se fundamental para a criação do SUS; e o movimento dos aposentados que, junto com outros movimentos sociais, fortaleceu a participação popular na reivindicação de direitos e, trouxe, em particular, maior visibilidade para os idosos.

2.3.1. A criação do SUS

Muito já tem sido escrito sobre o Movimento da Reforma Sanitária e a criação do SUS (Fleury, 1997; Paim, Almeida Filho, 1998; Merhy, Malta, Santos, [s.d.]; Merhy et al., 2004; Aciole, 2006; Brasil, 2006c; Pereira, 2012; Bonet, 2014) e, assim sendo, esta subseção visa apresentar uma breve contextualização de mobilizações por mudanças no sistema de saúde no Brasil.

Começando pelo Movimento Sanitário, destaco que este foi importante no debate e nas propostas de mudanças em direção à democratização da sociedade e das práticas de saúde. A proposta do Movimento Sanitário era a construção de um sistema de saúde único, universal e participativo. Ele reunia profissionais da saúde, intelectuais, estudantes universitários, organizações populares, sindicais e partidárias, além de membros da burocracia estatal, com o objetivo de mudar o modelo médico assistencial privatista vigente. Nesse sentido, desde a década anterior, havia se estabelecido uma rede que contava com instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1976, e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979 (Spink, 2010), que contribuíram com esse debate organizando eventos e publicações.

Um ponto alto do Movimento Sanitário foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde se estabeleceu formalmente as bases do conceito de saúde como um direito para toda a população. A Conferência trouxe a discussão de temas importantes para a reformulação do sistema de saúde como, por exemplo, a ampliação do conceito de saúde, a necessidade de um novo Sistema Nacional de Saúde,

a separação entre Saúde e Previdência e as questões de financiamento para o setor saúde (Brasil, 1986). Assim, a mobilização agregou diversos agentes, fortaleceu o movimento e possibilitou a formulação de um

(...) arcabouço legal para a instituição de um sistema nacional de saúde, de caráter universalizante, assentado na municipalização de serviços sob comando único, e com controle do público pela ação estatal, na forma de conselhos de saúde com ampla, e paritária, participação popular (Acirole, 2006, p. 190).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde serviu como subsídio para a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal⁴⁸ (Brasil, 1988) sobre a Saúde. Os princípios definidos na Conferência foram regulamentados pelas Leis 8.080⁴⁹ e 8.142⁵⁰ de 1990, instituindo a criação do SUS e dispondo sobre a participação da comunidade na sua gestão, respectivamente.

Nesse contexto, o conceito de saúde é ampliado e passa a ser entendido como um direito de todos, devendo ser garantido através de políticas públicas voltadas para a redução de riscos de doenças e outros agravos à saúde da população. Entre as diretrizes do SUS estão: a descentralização que envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poderes e recursos da esfera federal para a municipal; o atendimento integral, priorizando as ações preventivas, tratando cada pessoa como um ser indivisível e membro de uma comunidade e prestando serviços de saúde em diversos níveis de atenção; a participação da comunidade na gestão, por meio do controle social, ou seja, a representação dos usuários nas Unidades de Saúde, nos Conselhos e nas Conferências de Saúde (Souza; Costa, 2010).

O SUS tornou-se responsável pela execução de ações de vigilância da saúde (vigilância sanitária, epidemiológica e da saúde do trabalhador). Nesse modelo de vigilância da saúde fazia-se necessário a incorporação de novos sujeitos (a população), além dos profissionais e trabalhadores da saúde, na mobilização e organização das ações de saúde⁵¹. Do mesmo modo, era preciso conhecer as determinações sociais que afetam

⁴⁸ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁴⁹ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

⁵⁰ Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

⁵¹ Outras questões relacionadas ao modelo de vigilância da saúde, presente também nas ações do Programa Saúde da Família (PSF) serão discutidas no terceiro capítulo.

os grupos populacionais em consequência de suas condições de vida para que se pudesse atuar na promoção da saúde (Freitas, 2009).

É interessante notar que a noção do direito à saúde como uma conquista social implicou na participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações do Estado. Tanto as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde quanto as leis posteriores trazem o pressuposto de que o exercício pleno do direito à saúde apenas será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas públicas pela população organizada em instâncias específicas como os Conselhos de Saúde. Esse modelo de organização e participação se multiplicou em diferentes níveis e para o exercício pleno de outros direitos fundamentais e de grupos populacionais distintos⁵² como, por exemplo, no Conselho de Direitos do Idoso que será discutido no quarto capítulo.

2.3.2. O movimento dos aposentados

A partir do panorama apresentado até o momento, é possível perceber que as mobilizações em torno da abertura política, a promulgação da “Constituição Cidadã”, a Reforma Sanitária, a criação do SUS, a influência do debate internacional sobre saúde e outros direitos fundamentais foram alguns dos aspectos constitutivos nas transformações políticas e sociais desse período. Como mencionado anteriormente, houve também a emergência de outros agentes que reivindicavam direitos, entre eles estavam os aposentados.

As manifestações de protesto do “movimento dos aposentados” deram notoriedade à categoria principalmente a partir da criação da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), em 1984. A COBAP foi formada a partir da articulação entre as associações, os sindicatos e as federações regionais. As associações de aposentados e pensionistas trouxeram questões políticas, econômicas e jurídicas voltadas para a defesa dos direitos salariais e a valorização do trabalhador que contribuiu durante anos para o crescimento do país.

O diferencial do movimento de aposentados a partir da década de 1980 foi unificar diferentes categorias profissionais. Até então, as reivindicações eram segmentadas por categorias e aquelas mais organizadas como a dos bancários, a dos

⁵² A propósito de grupos distintos tais como os indígenas, ver Teixeira, Simas e Costa (2013).

ferroviários e a dos marítimos eram as que obtinham benefícios melhores, pois contavam com a influência de suas lideranças sindicais junto aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (Simões, 2000).

O movimento ganhou alguma visibilidade durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988 ao contribuir na elaboração dos capítulos referentes à seguridade social da Constituição de 1988. As mobilizações se intensificaram na década de 90, através de intervenções públicas significativas acerca das discussões sobre a regulamentação das leis de custeio e benefício da Previdência Social. Porém, o momento de maior visibilidade do movimento foi com a “mobilização dos 147%”, como ficou conhecida a batalha judicial dos aposentados contra o governo em relação ao reajuste de aposentadorias e pensões. O reajuste foi contestado pelos aposentados por ser inferior em relação ao índice aplicado ao salário mínimo, 147,06%.

Os aposentados e pensionistas realizaram protestos em várias cidades e caravanas a Brasília. Houve ampla repercussão entre a população e na mídia nacional, fazendo com que o Governo Collor recuasse nas alegações de que tal reajuste acarretaria a falência da Previdência e efetuassem o pagamento parcelado da dívida. Apesar da reivindicação favorecer apenas uma pequena parcela de aposentados e pensionistas, excluindo os segurados que estavam em pior situação financeira, eles estavam se constituindo enquanto atores sociais importantes para o processo político do país e organizavam um movimento com demandas próprias, de caráter identitário, no qual passavam de “velhos” para “a maior categoria do país” (Simões, 2000; 2007).

Além da mobilização em torno de questões econômicas, o movimento tinha a intenção de mudar a imagem do idoso aposentado. Conforme Simões (2007), os discursos dos aposentados reuniam:

(...) a ênfase na saúde e no discernimento em contraposição aos estereótipos da caduquice e da apatia; a ênfase no passado do trabalhador, em contraponto ao estereótipo do ‘velho que só pensa em comer, dormir, reclamar e dar palpite’; e, mais importante talvez, a ênfase na condição de provedor e arrimo de família, em oposição a imagem do velho como um ‘peso’ para os filhos e parentes mais jovens (Simões, 2007, p. 20).

Nesse sentido, havia uma preocupação com a “conscientização” política dos militantes aposentados, de afirmar sua condição de ex-ativistas sindicais e participantes das associações como forma de ressaltar a importância da luta pelos direitos dos aposentados e idosos. Tal conscientização, inclusive, precisava passar por todos os

aposentados e idosos para que houvesse uma inserção mais ampla e a participação do segmento na sociedade.

De acordo com Debert (1999), nesse período, houve a propagação de inúmeros programas voltados para a população idosa que também propiciaram visibilidade para a chamada “terceira idade”. Contudo, segundo Simões (2007), para o movimento dos aposentados, a discussão política estaria ausente nos grupos de terceira idade que se preocupavam apenas com o lazer, distanciando-se do sentido da luta e das reivindicações dos aposentados e idosos e, assim, estariam mais sujeitos à manipulação por parte dos políticos e do governo.

Apesar das possíveis diferenças na mobilização e na dinâmica de participação do movimento dos aposentados e dos grupos de terceira idade, a visibilidade que o envelhecimento alcançou nas últimas três décadas foi marcada tanto pelo trabalho desenvolvido pelas associações de aposentados, quanto pela criação de outros espaços. Estes espaços seriam mais voltados para o encontro da população idosa como, por exemplo, as faculdades e Universidades para a terceira idade⁵³, os grupos de convivência, os clubes da melhor idade⁵⁴, entre outros.

Debert (1999) chama atenção para o surgimento das associações e programas para a terceira idade como formas de associativismo em que a idade cronológica é o elemento central para congregar os participantes. A autora apresenta organizações pioneiras na promoção dos programas no Brasil, como o SESC, a LBA e as Universidades para a Terceira Idade, enfatizando seu papel:

[os] programas foram e continuam sendo criados com o intuito de resgatar a dignidade do idoso, reduzir os problemas da solidão, quebrar os preconceitos e estereótipos que os indivíduos tendem a internalizar. Trata-se de valorizar o cidadão de mais idade, criando espaços para o lazer, mas também para o “treinamento da cidadania”, como gostam de dizer, com entusiasmo, seus promotores (Debert, 1999, p. 162).

⁵³ As faculdades destinadas aos idosos estão espalhadas pelo país. Elas não são regulamentadas pelo Ministério da Educação (MEC) e por isso não possuem caráter oficial de graduação, mas algumas delas estão vinculadas a instituições de ensino superior como, por exemplo, a Universidade Aberta à Maturidade da PUC - São Paulo, a Universidade Aberta à Terceira Idade da Unesp, a Universidade para a Terceira Idade (UNITI) da UFRGS e a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da UERJ.

⁵⁴ Em Fortaleza, bem como em outras cidades do país, os chamados “clubes de serviços” da melhor idade são associados à Associação Brasileira dos Clubes da Melhor Idade (ABCMI) e vinculados ao Ministério do Turismo. As mulheres e os homens associados participam de atividades que incluem dança de salão, teatro, grupos de convivência e viagens turísticas. Existem, também, os encontros nacionais, nos quais todos os “clubes” promovem uma série de atividades como apresentações artísticas, vivências, bailes e escolha das “rainhas da melhor idade” de cada Estado (Siqueira, 2011).

Assim, os programas criaram um espaço coletivo com foco nas mudanças culturais que possibilitaram a redefinição das concepções de velhice, de estilos de vida e das formas de sociabilidade, principalmente para as mulheres, ao contrário das mudanças políticas e econômicas propostas pelas associações de aposentados, formadas, em sua maioria, por homens. Para a autora, é possível perceber formas distintas de luta de homens e mulheres “contra os preconceitos e os estereótipos associados ao envelhecimento e da criação – com os programas e associações – de espaços coletivos para vivenciar experiências inéditas na história” (Debert, 1999, p. 189-190).

Uma das características do movimento dos aposentados é a ideia de uma “aposentadoria ativa” e não necessariamente de um momento de descanso, de recolher-se ao espaço privado. Ao contrário, estimula os idosos a continuarem participando da vida em sociedade, assim como fazem os grupos de terceira idade. Ambos afastam-se das imagens negativas da velhice (solidão, doenças, inutilidade, apatia) e buscam atividades que favoreçam a independência e a autonomia, valores fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido. Assim, o que parece estar em jogo tanto para homens quanto para mulheres, seja nas associações de aposentados ou nos grupos de terceira idade, é estar ativo.

2.4. A década de 90: a inserção dos direitos dos idosos na pauta política internacional e nacional

As políticas de saúde no Brasil para pessoas acima de 60 anos, aposentadas ou incapacitadas para o trabalho estavam ligadas, inicialmente, a questões de trabalho, previdência e assistência social. Posteriormente, algumas mudanças foram acontecendo no sistema de saúde brasileiro, mas não traziam orientações relacionadas especificamente à saúde da população idosa. A elaboração e promulgação de leis e, conseqüentemente, de diretrizes para orientar as políticas públicas de saúde dos idosos tiveram influência do debate internacional. A preocupação com os direitos fundamentais e com o envelhecimento mundial promoveu um debate entre as organizações internacionais e seus países signatários, entre eles o Brasil (ONU, 2003b).

2.4.1. O envelhecimento na pauta política internacional

Para pensar as questões propostas nesta subseção, relacionadas à construção do idoso enquanto sujeito de direitos e sua participação no âmbito das políticas públicas, importa perguntar qual o contexto social e político mais amplo em que se inserem as preocupações específicas com essa população.

Refiro-me, em particular, ao contexto pós-Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), a divulgação da Declaração dos Direitos Humanos, a formulação de legislações e pactos internacionais de proteção aos direitos e as definições de questões diplomáticas entre os Estados-membros. Com isso, as noções de soberania do indivíduo frente às soberanias nacionais foram explicitadas e a internacionalização dos direitos individuais ganham força. As questões do envelhecimento e da garantia de direitos da população idosa começam a se inserir nesta pauta política internacional a partir da década de 80.

Também pode se pensar a questão dos direitos individuais de crianças e adolescentes vinculada a esse mesmo contexto pós-guerra, como demonstrado por Schuch (2005) A autora ao analisar o processo de implementação das transformações legais realizadas a partir da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), apresenta as formas através das quais instituições internacionais emergentes, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), passaram a propagar a ideia que nenhum Estado poderia ter poder absoluto sobre seus cidadãos e que todo indivíduo era portador de direitos fundamentais.

A ONU foi criada em 1945 e três anos depois, em 1948, promulgou a Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948). Tanto a sua criação quanto a promulgação desse documento estavam fundamentadas na convicção de que a proteção dos direitos do indivíduo deveria ser uma preocupação de todos, pois os direitos humanos, universais e inalienáveis, estavam acima de qualquer tradição cultural ou religiosa. Contudo, esta convicção estava baseada na tradição iluminista europeia e, mesmo propagando valores universais, sua produção e implementação trouxe uma abordagem individualista, de caráter ocidental, que foi cada vez mais difundida em legislações e tratados internacionais.

Sabe-se que, atualmente, a ONU é a entidade de maior representatividade na promoção dos Direitos Humanos e das liberdades fundamentais. Nesse sentido, pode-se aludir que os direitos individuais, a dignidade e o valor da pessoa humana, de modo amplo, estariam contemplando todos os cidadãos. Entretanto, ao observarmos o

processo de inserção dos direitos dos idosos na pauta política internacional dos Direitos Humanos, vê-se que esta ocorreu diferentemente dos direitos da criança e dos direitos das pessoas com deficiência, por exemplo.

A Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorreu em 1982, em Viena⁵⁵. Esta Assembleia foi considerada o marco para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa, sendo o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento e que resultou na aprovação do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento. Até então a questão era tratada de forma marginal pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) como parte de suas atividades especializadas (Camarano, Pasinato, 2004, p.254). Posteriormente, em 16 de dezembro de 1991, ocorreu a Assembleia Geral das Nações Unidas, onde foi elaborada a resolução sobre os Princípios das Nações Unidas em favor das Pessoas Idosas⁵⁶.

Na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Madri, em 2002, foram aprovados uma nova declaração política e um novo plano de ação “para responder às oportunidades que oferece e aos desafios feitos pelo envelhecimento da população no século XXI e para promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades” (ONU, 2003b). Diferentemente da Primeira Assembleia que voltava suas preocupações, em especial, para a situação de bem-estar social dos idosos dos países desenvolvidos⁵⁷, a Segunda Assembleia tinha como objetivo que o Plano de Ação exercesse influência nas políticas e programas dirigidos à população idosa dos países em desenvolvimento.

Observo, entretanto, ao analisar os documentos oriundos das duas Assembleias da ONU, que a lógica que rege o primeiro Plano, a saber, independência e autonomia com relação ao trabalho, ao consumo e à saúde, apresenta-se igualmente no segundo

⁵⁵ Resolução 37/51 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 3 de dezembro de 1982.

⁵⁶ Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1991.

⁵⁷ De acordo com Camarano e Pasinato (2004, p.255), ao contextualizarem a Assembleia de Viena, afirmam que “percebia-se a necessidade da ‘construção’ e, principalmente, do reconhecimento de um novo ator social — o idoso — com todas as suas necessidades e especificidades. Parte das recomendações visava promover a independência do idoso e dotá-lo de meios físicos ou financeiros para a sua autonomia. Nesse sentido, o documento apresentava, também, um forte viés de estruturação fundamentado em políticas associadas ao mundo do trabalho. A concepção do idoso traçada no Plano era a de indivíduos independentes financeiramente e, portanto, com poder de compra. As recomendações eram dirigidas, em especial, aos idosos dos países desenvolvidos. Suas necessidades deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado. Por outro lado, o Plano também foi fortemente dotado por uma visão da medicalização do processo de envelhecimento”.

Plano. A diferença, como explicitada acima, está precisamente na ampliação das recomendações com o objetivo de contemplar tanto os países desenvolvidos quanto os países em desenvolvimento que apresentam um rápido crescimento demográfico, mas não contam com um cenário socioeconômico favorável para atender às demandas exigidas nesse processo.

Notari e Frago (2010), ao tratarem da legislação e pactos internacionais de proteção dos Direitos Humanos da pessoa idosa, ressaltam que apesar da realização de assembleias e da elaboração de planos, não houve nenhuma convenção multilateral adotada pela Assembleia Geral da ONU que contemplasse o idoso como tema principal⁵⁸. Desse modo, a garantia dos direitos das pessoas idosas ocorre pela aplicação dos instrumentos internacionais de Direitos Humanos já existentes. Isto, por sua vez, conforme Notari e Frago (2011) implica a inexistência de

(...) um instrumento internacional juridicamente vinculativo que padronize e proteja os direitos das pessoas idosas. Na doutrina internacional dos direitos humanos, a idade é um assunto que tem sido tratado na ampla acepção de "qualquer condição social", fazendo alusão às diferenças de idade e de gerações, mas cujo tratamento não tem sido manifestado (Notari, Frago, 2011, p.262).

Assim, a idade não é explicitada como razão discriminatória em nenhum instrumento internacional de Direitos Humanos. Para as autoras, a falta dessa previsão explícita configura-se como uma “brecha normativa”, dando margem a interpretações variadas e para o não cumprimento dos direitos dos idosos. Além disso, enfatizam que os documentos provenientes das Assembleias da ONU voltadas para o tema do envelhecimento, apesar de trazerem avanços, apresentam somente normas gerais, princípios ou recomendações ao invés de obrigações a serem cumpridas pelos Estados signatários.

Em que pese a importância das considerações das autoras, não compete as Assembleias das organizações internacionais estabelecerem tais obrigações. Em todo

⁵⁸ A Assembleia Geral é o principal órgão deliberativo da Organização das Nações Unidas e, ao longo de sua história, adotou uma série de tratados multilaterais, entre eles: Convenção para a prevenção e a repressão do crime de genocídio (1948), Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966), Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979), Convenção das Nações Unidas sobre o Direito do Mar (1982), Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), Tratado de Proibição Completa de Testes Nucleares (1996), Convenção Internacional para a Supressão do Financiamento do Terrorismo (1999), Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006). Disponível em: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-o-direito-internacional/> Acesso em: 08/06/12.

caso, as recomendações, as normas e os princípios pactuados nessa esfera irão ao longo do tempo orientar e embasar as políticas públicas, como se observa nas políticas de saúde voltadas para a população idosa no Brasil. A seguir, a partir da análise dos documentos da ONU (1982; 1991; 2003b), apresento o conjunto de recomendações, os princípios e as esferas prioritárias construídas nas Assembleias nas últimas décadas e que contribuíram para a elaboração de leis e políticas no contexto brasileiro.

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento adotado na Primeira Assembleia Mundial (ONU, 1982), por exemplo, foi estruturado sob a forma de 62 recomendações para os Estados referentes à saúde e nutrição, à proteção ao consumidor idoso, à moradia e meio ambiente, à família, ao bem-estar social, à previdência social, ao trabalho, à educação e ao fomento de políticas e programas. Os Princípios das Nações Unidas em favor das Pessoas Idosas (ONU, 1991) foram divididos em cinco temas: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade.

No Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento de Madri (ONU, 2003b), a atenção direciona-se para três esferas prioritárias: idosos e desenvolvimento, promover a saúde e o bem-estar na velhice, e assegurar um ambiente propício e favorável. Nesse sentido, o Plano expõe um conjunto de 115 recomendações para a adoção de medidas que contemplem tais prioridades e está fundamentado nos seguintes princípios: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.

É interessante observar que entre as duas Assembleias, a de Viena em 1982 e a de Madri em 2002, foi realizada uma Assembleia Geral da ONU em 1992. Nesta ocasião foi aprovada a Proclamação sobre o Envelhecimento que estabelecia o ano de 1999 como o Ano Internacional do Idoso⁵⁹ e os países membros das Nações Unidas foram incentivados novamente a se comprometer com os Princípios Básicos em favor dos Idosos. O *slogan* do Ano Internacional do Idoso foi a promoção de uma “sociedade para todas as idades”.

⁵⁹ O marco conceitual sobre a questão do envelhecimento foi elaborado em 1995 (Documento 50/114 da ONU) e, assim como a Proclamação sobre o Envelhecimento, conta com quatro principais dimensões: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social.

Em 2000, a Cúpula do Milênio das Nações Unidas foi realizada e elaborou-se o documento intitulado Declaração do Milênio de 2000⁶⁰. A partir da análise deste documento notou-se paradoxalmente que não foi feita nenhuma referência à questão do envelhecimento. Apesar da ONU ter estabelecido um ano antes a promoção de uma “sociedade para todas as idades”, a Declaração do Milênio de 2000 ao tratar do tema “Proteção dos Grupos Vulneráveis” aborda especificamente as crianças e, de modo geral, os refugiados.

Todos esses processos quando observados à distância mostram desconexões no que tange a construção dos direitos dos idosos. Por exemplo: o ano de 1999 sendo proclamado o Ano Internacional do Idoso com o objetivo de promover “uma sociedade para todas as idades”; um ano depois, na Declaração do Milênio, os idosos não são citados entre os grupos vulneráveis e, com isso, passíveis de proteção e direitos específicos; os Planos de Ação Internacional para o Envelhecimento se configuram como recomendações genéricas e universalizantes que dificilmente são aplicáveis nos contextos específicos.

Após sofrer uma série de críticas e reivindicações que duraram cerca de uma década, como explicitado por Notari e Fragaso (2011), em janeiro de 2010, o Comitê Consultivo do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas publicou um estudo que aponta para a necessidade de uma convenção internacional específica para os direitos das pessoas idosas. Além disso, discutiu a necessidade de uma abordagem baseada em Direitos Humanos para o cuidado dos idosos e forneceu mais algumas recomendações sobre a melhor forma de proteger os direitos dos idosos a nível internacional⁶¹.

O Brasil, como Estado membro da ONU, tornou-se signatário do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de 1982 e passou a considerar o tema do envelhecimento e dos direitos dos idosos na sua agenda política. O debate da Assembleia de Viena coincidiu com o período de redemocratização do país, o que

⁶⁰ A Cúpula do Milênio das Nações Unidas foi realizada em Nova York, de 6 a 8 de Setembro de 2000. Foi um encontro assistido por 100 Chefes de Estado, 47 Chefes de Governos, 3 Príncipes, 5 Vice-Presidentes, 3 Primeiros Ministros, 8000 Delegados e 5500 jornalistas (ONU, 2000).

⁶¹ O documento está disponível no site da United Nations Human Rights. Ver: Fourth session of the Human Rights Council Advisory Committee: Documentation. A/HRC/AC/4/CRP.1: The necessity of a human rights approach and effective United Nations mechanism for the human rights of the older person, Working paper prepared by Ms. Chinsung Chung, member of the Human Rights Council Advisory Committee. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/advisorycommittee/session4/documentation.htm>>

possibilitou a incorporação do tema no texto constitucional de 1988. Observa-se, por exemplo, que o conceito de seguridade social aparece desvinculado do contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista, o que possibilita pensar o envelhecimento a partir da chave dos direitos fundamentais e da cidadania. Nesse sentido, como será visto na próxima seção, a partir da década de 1990 tem-se o surgimento de políticas voltadas à população idosa brasileira, Conferências e Pactos como o Pacto pelo Envelhecimento Ativo e Saudável na 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa⁶², como será discutido no quarto capítulo.

2.4.2. O envelhecimento na pauta política nacional

Tendo em vista a inserção das questões relacionadas ao envelhecimento na pauta política internacional e nacional, a categoria “idoso” consolidou-se pelo Estado brasileiro no âmbito das políticas públicas e no reconhecimento dos idosos enquanto sujeitos de direitos. A categoria “idoso” aglutinou esse segmento da população em um único grupo, com base no critério etário (60 anos ou mais), incluindo todas as outras categorias (“aposentados”, “pensionistas”, “velhos”, “terceira idade”, “melhor idade”, entre outras) que eram vistas, muitas vezes, como antagônicas ou diferentes.

Destaco a criação e aprovação de três documentos que foram fundamentais para essa consolidação e, conseqüentemente, para as mudanças nas políticas públicas direcionadas para a população que envelhece, quais sejam:

O primeiro documento é a Política Nacional do Idoso (PNI)⁶³, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, “que tem por objetivo assegurar direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação

⁶² A 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa que aconteceu em Brasília, de 18 a 20 de março de 2009, e teve como tema “Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios”. O Pacto pelo Envelhecimento Ativo e Saudável é resultado da articulação da Secretaria Especial dos Direitos Humanos junto a dez ministérios e se constitui em três eixos: Emancipação e protagonismo; Garantia de direitos; e Informação e formação. Conforme observado nos Anais da 2ª CNDPI (2010) e nas informações divulgadas pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH) e pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o objetivo dessas ações é adotar um conceito positivo e ativo de envelhecimento, orientado ao desenvolvimento, garantir o envelhecimento saudável e a participação ativa dos idosos na vida econômica, social, cultural e política. As informações da SEDH e do MDS estão disponíveis em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/noticias/noticias_int.php?id_noticia=180 e <http://www.mds.gov.br/noticias/governo-federal-reforca-rede-de-protecao-e-a-garantia-de-direitos-da-populacao-idosa/?searchterm=idosos>, respectivamente.

⁶³ Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96.

efetiva na sociedade” e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

O segundo é o Estatuto do Idoso⁶⁴, promulgado em 2003, no qual os indivíduos de 60 anos ou mais passam a fazer parte de uma parcela da população que tem direitos específicos regidos e legitimados por lei estatutária.

Em 1999, três anos após a regulamentação da Política Nacional do Idoso, o Ministério da Saúde considerou a necessidade do setor dispor de uma política especificamente relacionada à saúde do idoso e aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso⁶⁵ (PNSI). Esta política de saúde assume que um dos principais problemas que pode afetar o idoso é a perda da “capacidade funcional”, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de “atividades básicas da vida diária” e as “atividades instrumentais da vida diária”⁶⁶. A PNSI tinha como diretrizes centrais: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da autonomia e da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Em 2006, o Ministério da Saúde fez uma revisão e aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁶⁷ (Brasil, 2006f). Ela determina que os órgãos e entidades responsáveis promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. A finalidade é recuperar, manter e promover a independência e a autonomia dos idosos, conforme os princípios e diretrizes do SUS.

Nesse mesmo ano, o SUS criou o Pacto pela Saúde 2006⁶⁸, no qual enfatiza as necessidades de saúde da população brasileira. O documento divide-se em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de gestão do SUS. Entre as prioridades do Pacto pela Vida⁶⁹ insere-se a Saúde do Idoso que segue “diretrizes” e “ações estratégicas” específicas (Brasil, 2006b).

⁶⁴ Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

⁶⁵ Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999.

⁶⁶ As atividades básicas da vida diária (AVD) consistem em tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente (urinário), alimentar-se com a própria mão etc. As atividades instrumentais de vida diária (AIVD) correspondem a preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando transporte coletivo.

⁶⁷ Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.

⁶⁸ Portaria GM/MS 399/2006.

⁶⁹ As prioridades do Pacto pela Vida são: Saúde do Idoso, Câncer de Colo de Útero e Mama, Mortalidade Infantil e Materna, Doenças Emergentes e Endemias, Promoção da Saúde, Atenção Básica a Saúde.

De acordo com o Pacto pela Vida e com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, os gestores federais, estaduais e municipais devem propor e executar ações que visem: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a manutenção e recuperação da capacidade funcional; a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; o estímulo à participação e fortalecimento do controle social, entre outros.

Em 2007, o Brasil sediou a Segunda Conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe: uma sociedade para todas as idades e de proteção baseada em direitos. A Conferência reuniu representantes de países da América Latina e do Caribe signatários da ONU, na qual elaboraram um documento intitulado Declaração de Brasília,

Com o propósito de identificar as prioridades futuras de aplicação da Estratégia regional de implementação para a América Latina e o Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento, responder as oportunidades e aos desafios que o envelhecimento da população suscitar nas próximas décadas e promover uma sociedade para todas as idades (ONU, 2007).

A Estratégia regional do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento, mencionada na Declaração de Brasília, possui três áreas prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento, saúde e bem-estar na velhice, e entornos propícios e favoráveis. A determinação é que sejam adotadas medidas que contemplem essas áreas nos níveis local, nacional, sub-regional e regional, a partir da promoção do diálogo e de alianças entre os governos, a ONU, a cooperação internacional e Sul-Sul, a sociedade civil e o setor privado. Entre os objetivos estão “criar consciência da evolução da estrutura da população, sobretudo no tocante ao ritmo de envelhecimento demográfico e suas consequências econômicas, sanitárias, sociais e culturais” (ONU, 2007).

Em consonância com as ações de promoção de saúde e ao envelhecimento da população mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou, em 2005, o documento intitulado “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde”⁷⁰. A proposta de

⁷⁰ Este documento foi elaborado pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) inicialmente como uma contribuição para a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri, Espanha. Como

envelhecimento ativo propõe ampliar o conceito de “envelhecimento saudável” já desenvolvido pela OMS e baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2005).

Com isso, o Envelhecimento Ativo tornou-se o eixo central da política de saúde brasileira. A proposta de envelhecimento ativo e saudável engloba aspectos mais amplos como a integração entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. É a partir desse contexto que proponho refletir especificamente sobre o Envelhecimento Ativo, buscando aproximações com a “análise da governamentalidade” sugerida por Foucault (1995; 2002b; 2010) e Dean (1999).

Como mencionado no início do capítulo, um dos objetivos propostos foi traçar um histórico de episódios políticos relevantes para a constituição das políticas públicas, em especial de saúde, voltadas para a população idosa no país como, por exemplo, a promulgação de leis, decretos, portarias; a organização de conferências, assembleias, pactos; o surgimento de movimentos organizados pela sociedade civil.

Assim, antes de iniciar a seção final, onde me deterei na discussão sobre a política do Envelhecimento Ativo, apresento dois quadros com uma sistematização cronológica dos episódios políticos citados até o presente momento:

Quadro 1: Cronologia da legislação relacionada aos idosos no Brasil

Ano	Legislação	Linhas gerais
1888	Decreto nº 9.912A, de 26/03/1888.	Regulamenta o direito à aposentadoria para os empregados dos correios.
1916	Lei nº 3.071, de 1/01/1916. Título III Do regime dos bens entre os cônjuges, Capítulo I Disposições gerais, Parágrafo único.	Define a obrigatoriedade do regime de separação de bens para cônjuges com mais de 70 anos.
1923	Lei nº 4.682, de 24/01/1923.	Uma das primeiras iniciativas para dar conta de demandas de saúde e amparo previdenciário de operários. Institui as CAPs.

resultado desta última, foi produzido o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, 2002 (ONU, 2003b), já discutido anteriormente.

1940	Código Penal de 1940	Agravantes para crimes cometidos contra idosos.
1935 - 1940	Mudanças econômicas e políticas do governo Vargas	Instituição das IAPs.
1960	Decreto nº 48.959A, de 10/09/1960.	Lei Orgânica da Previdência Social.
1965	Lei nº 4.737, de 15/07/1965. (Código Eleitoral)	Torna facultativo o voto para maiores de 70 anos.
1966	Lei nº 5.107, de 13/09/1966.	Institui o FGTS.
1974	Lei nº 6.036, de 1/05/1974.	Cria o Ministério do Trabalho e Previdência Social.
1977	Lei nº 6.439, de 1/09/1977.	Cria o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS).
1988	Constituição Federal	Assegura garantias previdenciárias e de saúde para todo e qualquer cidadão brasileiro, incluindo textualmente a designação de idoso.
1990	Lei nº 8.080, de 19/09/1990 e Lei nº 8.142, de 28/12/1990.	Instituem o Sistema único de Saúde (SUS).
1994 - 1996	Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96 (Política Nacional do Idoso)	Assegura direitos sociais à pessoa idosa, busca promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirma o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.
1999	Portaria nº 1.395, de 10/12/1999 (Política Nacional de Saúde do Idoso)	Define que um dos principais problemas que afeta o idoso é a perda de capacidade funcional.
2003	Lei nº 10.741, de 1/10/2003 (Estatuto do Idoso)	Define estatutariamente uma série de direitos específicos a indivíduos com mais de 60 anos.
2006	Portaria nº 2.528, de 19/10/2006. (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa)	Revisão da Portaria nº 1.395/1999. Determina que os órgãos e entidades responsáveis promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2: Cronologia referente a conferências, assembleias, programas e organizações relacionados a idosos em âmbito nacional e internacional

Ano	Conferências/Assembleias/Programas/Organizações
1945	Criação da ONU
1948	Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU)
1961	Criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)
1963	Atividades do SESC
1975	Programa de Assistência ao Idoso (PAI)
1976	Seminários sobre Estratégias de Política Social para o Idoso no Brasil > Política Social para o Idoso – Diretrizes Básicas
1976	Criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)
1977	30ª Assembleia Mundial de Saúde (OMS) > Saúde para Todos no Ano 2000
1978	Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata – URSS
1979	Criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)
1982	Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Viena > Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento
1984	Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP)
1986	I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde > Carta de Ottawa
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde (influencia a Constituição de 1988 e as Leis 8080/90 e 8042/90 = SUS)
1991	Assembleia Geral das Nações Unidas > Princípios das Nações Unidas em favor das Pessoas Idosas
1992	Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde de Bogotá > Declaração de Bogotá (OPAS)
1999	Ano Internacional do Idoso (ONU)
2000	Cúpula do Milênio das Nações Unidas
2002	Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Madri > Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madri
2005	Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde (OMS)
2007	Segunda Conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe > Declaração de Brasília

Fonte: Elaborado pela autora.

2.5. Envelhecimento Ativo: a construção de um “novo paradigma”

Entre as organizações internacionais e suas propostas para gerir o envelhecimento da população pode-se citar a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a política de saúde intitulada “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde”, como apresentado no tópico anterior. De acordo com o documento, os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil devem implementar políticas públicas e programas que possibilitem a melhoria dos três pilares considerados prioritários para a pessoa idosa: a saúde, a participação e a segurança.

O planejamento estratégico das ações voltadas para esta população passou a ter uma abordagem baseada em direitos. Isto significou uma mudança na forma de planejar as ações, tentando afastar-se do assistencialismo observado em décadas passadas e seguindo em direção a uma política de direitos que conta também com a responsabilização dos sujeitos para alcançar sua efetividade.

O “envelhecimento ativo” direciona-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e refere-se a um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, possibilitando, assim,

(...) que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países (WHO, 2005, p.13).

Observa-se que a concretização do projeto de Envelhecimento Ativo pressupõe um conceito ampliado de saúde, levando em conta as questões físicas, mentais e os aspectos sociais não apenas durante a velhice, mas ao longo da vida inteira. No mesmo sentido, para que os indivíduos alcancem as condições favoráveis (e esperadas) no tocante à saúde, a participação e a segurança é preciso manter a “autonomia” e a “independência”.

É no sentido de estabelecer direitos que a conquista da “autonomia”, da “independência” e, conseqüentemente, da “qualidade de vida” tornam-se as principais metas da política. Nesta lógica, o Envelhecimento Ativo defende a responsabilidade dos mais velhos de manterem-se ativos e saudáveis pelo maior tempo possível, bem como de participarem dos processos políticos e de outros aspectos da vida em comunidade, comprometendo-se com a garantia de seus direitos e assumindo o papel de protagonistas no exercício da cidadania.

O documento apresenta os significados atribuídos aos conceitos de “autonomia”, “independência” e “qualidade de vida”. Os três conceitos são usados de modo recorrente em diferentes esferas e contextos, podendo assumir diversos significados para os agentes envolvidos em cada uma delas, como observei ao longo do trabalho de campo. Contudo, cabe ressaltar que proponho discutir a partir dos próprios conceitos estabelecidos pela política da OMS. Assim, apresento abaixo os seus significados, de acordo com o documento:

Autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências. *Independência* é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros. *Qualidade de vida* é “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente” (OMS, 1994). À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência. (WHO, 2005, p.14, grifos nossos).

A partir do trecho citado, observa-se que manter tais “habilidades” – como são consideradas a autonomia e a independência pela política – durante o processo de envelhecimento é a meta para alcançar a “qualidade de vida”. O documento sinaliza o caráter amplo e complexo deste último conceito, tendo em vista que ele “incorpora” diversos aspectos em uma mesma pessoa como sua saúde, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e suas relações com o ambiente. Além disso, a “qualidade de vida” é considerada como uma percepção que o indivíduo tem de si mesmo no mundo e esta percepção, apesar da dificuldade expressa pela própria OMS em medi-la, é determinada pela habilidade do próprio indivíduo em se manter autônomo e independente.

O documento supracitado enfatiza que todas as partes interessadas (os estados-membros, as organizações não-governamentais, as instituições acadêmicas, o setor privado) precisam esclarecer e popularizar o termo “envelhecimento ativo”. Este esclarecimento e popularização devem ser feitos “através de diálogo, discussão e debate na arena política, no setor educacional, em fóruns públicos e na mídia, como em programas de rádio e de televisão” (WHO, 2005, p.55). O objetivo, segundo a política, é avançar no que considera ser “o movimento pelo envelhecimento ativo”.

Esse “movimento” engloba uma série de ações, metas, áreas de conhecimento e agentes nacionais e internacionais que se comprometem com um modo específico de gerir o envelhecimento. Assim, as ações nos chamados três pilares do “envelhecimento ativo” (saúde, participação e segurança) precisam ser apoiadas por atividades que visem desenvolver conhecimento a respeito do tema, as quais incluem avaliação, pesquisa, vigilância e disseminação dos resultados das pesquisas.

Com o intuito de compreender a lógica que orienta a política do Envelhecimento Ativo, suas metas e bases de conhecimento, torna-se importante ressaltar algumas mudanças de orientação pelas quais a OMS passou na década de 90. Nesse sentido, apresento um trecho do documento que aborda os aspectos que dizem respeito à lógica mencionada acima:

Em 1995, ao renomear seu “Programa de Saúde do Idoso” para “Envelhecimento e Saúde”, a OMS sinalizou uma importante mudança de orientação. Em vez de compartimentalizar os idosos, o nome novo abrangeu uma perspectiva de curso de vida: todos estamos envelhecendo e a melhor forma de garantir uma boa saúde para os futuros grupos de pessoas mais velhas é através da prevenção de doenças e promoção da saúde durante a vida. Inversamente, a saúde dos atuais idosos só pode ser completamente entendida se considerarmos os eventos que experienciaram na vida. A meta do Programa de Envelhecimento e Saúde foi desenvolver políticas que assegurem “a obtenção da melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível”. Para alcançar essa meta, a OMS precisa promover as bases de conhecimento sobre gerontologia e geriatria através de iniciativas de treinamento e de pesquisa. É preciso enfatizar o incentivo a iniciativas interdisciplinares e intersetoriais, principalmente aquelas direcionadas aos países em desenvolvimento, que enfrentam os índices rápidos e sem precedentes da população que está envelhecendo, dentro de um contexto de pobreza predominante e problemas de infraestrutura não solucionados (WHO, 2005, p.54).

A partir do documento apresentado acima, destaco dois pontos que merecem atenção na discussão proposta para este capítulo: o primeiro diz respeito às bases de conhecimento escolhidas para que a meta seja alcançada: a gerontologia e a geriatria; o segundo trata da meta do Programa de Envelhecimento e Saúde.

Como apresentado na introdução da tese, a gerontologia e a geriatria são dois dos principais campos de saberes que produzem discursos e especialistas para responder aos problemas e demandas da velhice. Segundo Rodrigues, Rauth e Terra (2010), a Gerontologia é a disciplina que estuda o processo de envelhecimento dos seres vivos e está dividida em três grandes ramificações: 1) a Gerontologia Biomédica que “estuda o fenômeno do envelhecimento do ponto de vista molecular e celular, considerando aspectos biológicos, fisiológicos, genéticos e imunológicos” (Rodrigues, Rauth e Terra, 2010, p.25); 2) a Geriatria, definida como o ramo da Gerontologia e da Medicina Geral que trata os aspectos clínicos, preventivos, terapêuticos, de reabilitação e sociais para a manutenção da saúde das pessoas de idade avançada; 3) a Gerontologia Social que “compreende os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos, espirituais e políticos no processo de envelhecimento humano” (Rodrigues, Rauth e Terra, 2010, p.28).

As referidas autoras destacam também a história da disciplina e dos termos que a constituem. O termo gerontologia foi criado em 1903, por Ilya Metchnikoff, médico russo interessado nos fenômenos do envelhecimento e em desenvolver uma teoria que explicasse esse processo. Em 1909, o médico austríaco Ignaz Leo Nascher criou o termo geriatria com o objetivo de desenvolver tratamentos para velhos. Entretanto, foi somente após a Segunda Guerra Mundial que ambas transformaram-se em campos de pesquisa, de formação acadêmica e de práticas profissionais.

Assim, as duas disciplinas passaram a pesquisar o processo de envelhecimento, a desenvolver tratamentos específicos e orientar o projeto de otimização do envelhecimento ativo entre os idosos, a sociedade e o próprio Estado que as legitimou para exercer tais objetivos.

A partir da participação em eventos acadêmicos e fóruns de discussão sobre as questões voltadas ao envelhecimento⁷¹, observei que os profissionais que buscam especializar-se em gerontologia e geriatria são, em geral, médicos e outros profissionais da área da saúde como psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos e assistentes sociais. Na formação básica desses profissionais já vêm sendo incorporados os pressupostos do Envelhecimento

⁷¹ O evento mais recente onde realizei tais observações foi a 28ª Reunião Brasileira de Antropologia (RBA), ocorrida entre os dias 2 e 5 de julho de 2012, em São Paulo-SP. Na ocasião participei do GT 22 – Cultura, velhice e envelhecimento que congregou profissionais de várias áreas para debater as questões ligadas ao tema, sendo a maior parte dos participantes especialistas em gerontologia ou com atuação nesta área.

Ativo e tal modelo tem continuidade na educação especializada em geriatria e gerontologia.

Isto significa que o debate, por vezes crítico ou questionador, outras vezes permeado por conceitos já naturalizados, está orientado pelo ponto de vista do discurso que define o modo esperado (e bem sucedido) de envelhecer. Tal discurso ganha espaço no âmbito acadêmico, a partir da proposta de interdisciplinaridade, como também no âmbito das políticas públicas, tendo em vista que a autoridade das duas disciplinas para gerir os processos de envelhecimento é legitimada pela própria política.

O segundo ponto refere-se à meta do Programa de Envelhecimento e Saúde: “a obtenção da melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível”. Percebe-se que houve uma mudança de perspectiva que, inicialmente, estava voltada para a pessoa idosa e, em seguida, direciona seu foco ao curso de vida. Com isso, a ênfase das ações direciona-se para a prevenção de doenças e promoção de saúde não apenas aqueles que já envelheceram, mas a toda a população ao longo da vida. Isto sugere que o compromisso e a responsabilidade da sociedade e também do indivíduo em manter a sua saúde deve se iniciar o quanto antes.

Assim, a constatação de que a população está envelhecendo e que esse processo deve ocorrer com saúde, mantendo a capacidade funcional e a autonomia permeia as ações das políticas de saúde ao longo do curso de vida, ou seja, desde o pré-natal até a velhice (2006f). Esta meta, a meu ver, pode ser pensada a partir do conceito de biopolítica proposto por Foucault (2011).

Castro (2009), ao analisar os conceitos do referido autor a partir de uma vasta revisão de sua obra, esclarece sobre o conceito de “biopolítica”:

Há que entender por “biopolítica” a maneira pela qual, a partir do século XVIII, se buscou racionalizar os problemas colocados para a prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes enquanto população: saúde, higiene, natalidade, raça. Essa nova forma de poder se ocupará, então: 1) Da proporção de nascimentos, de óbitos, das taxas de reprodução, da fecundidade da população. Em uma palavra, da demografia. 2) Das enfermidades endêmicas: da natureza, da extensão, da duração, da intensidade das enfermidades reinantes na população; da higiene pública. 3) Da velhice, das enfermidades que deixam o indivíduo fora do mercado de trabalho. Também, então, dos seguros individuais e coletivos, da aposentadoria. 4) Das relações com o meio geográfico, com o clima. O urbanismo e a ecologia (Castro, 2009, p. 60).

Nesse sentido, a saúde e a velhice fazem parte dos problemas colocados para a prática governamental e nenhum desses problemas pode estar dissociado do âmbito da

racionalidade política, “no interior do qual eles apareceram e adquiriram sua acuidade, a saber, o ‘liberalismo’” (Foucault, 2011, p.459). De acordo com o autor, o liberalismo não deve ser analisado como uma teoria, uma ideologia, nem deve ser pensado como uma maneira para a “sociedade representar-se”, mas como uma prática, uma “maneira de fazer orientada na direção de objetivos e regulando-se por meio de uma reflexão contínua” (Foucault, 2011, p.460).

O liberalismo deve ser analisado como princípio e método de racionalização do exercício do governo que, por sua vez, obedece especificamente à regra interna da economia máxima, na qual “a racionalização do exercício do governo visa a maximizar seus efeitos, diminuindo, o máximo possível, o custo (entendido tanto no sentido político quanto no econômico)” (Foucault, 2011, p.460).

O modelo de assistência à saúde proposto aos trabalhadores a partir da década de 20 e, em seguida, as ideias da medicina preventiva incorporadas aos serviços de saúde brasileiros, como tratados no início do capítulo, são alguns exemplos da influência do modelo liberal na organização do sistema de saúde.

O “governo”, por sua vez, não diz respeito a uma instituição, mas à atividade de gerir a conduta dos indivíduos em um determinado enquadramento e com instrumentos estatais. Para o autor, a noção de “governo” estaria ligada à dimensão da prática, ao conjunto de ações sobre ações possíveis. Essa noção de “governo” aponta para dois eixos norteadores: 1) o governo como uma relação entre os sujeitos e 2) o governo como uma relação consigo mesmo. Com isso, o exercício do poder ou a “arte de governar” consiste em conduzir condutas. Nas palavras do autor:

(...) a “conduta” é, ao mesmo tempo, o ato de “conduzir” os outros (segundo mecanismos de coerção mais ou menos estritos) e a maneira de se comportar num campo mais ou menos aberto de possibilidades. O exercício do poder consiste em “conduzir condutas” e em ordenar a probabilidade. (...) Governar, nesse sentido, é estruturar o eventual campo de ação dos outros. (...) Quando definimos o exercício do poder como um modo de ação sobre a ação dos outros, quando as caracterizamos pelo “governo” dos homens, uns pelos outros – no sentido mais extenso da palavra, incluímos um elemento importante: a liberdade. O poder só se exerce sobre “sujeitos livres”, enquanto “livres” – entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que tem diante de si um campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer (Foucault, 1995, p. 243-244).

É fundamental esclarecer que o objetivo do autor não era analisar os fenômenos de poder nem lançar as bases para tal análise. O tema do poder é o modo como Foucault enfrenta o tema do sujeito. Em suas palavras: “Meu objetivo (...) foi

criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos. Meu trabalho lidou com três modos de objetivação que transformaram os seres humanos em sujeitos” (Foucault, 1995, p. 231).

O autor refere, aqui, aos saberes que pretendem ter acesso ao estado de ciências, as práticas que dividem e classificam (louco/são, saudável/doente) e a maneira como um ser humano se transforma em sujeito. Nessa perspectiva, os sujeitos individuais ou coletivos têm diante de si um campo de possibilidades onde se constroem como sujeitos livres e o poder é exercido justamente na medida em que eles são construídos como tais.

Já a noção de “governamentalidade” seria a dimensão da racionalização da prática. Tal noção está em consonância com os eixos da noção de “governo” referida acima e tem seu domínio definido por:

O conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma bem específica, bem complexa, de poder, que tem com alvo principal a população, como forma mais importante de saber, a economia política, como instrumento técnico essencial, os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade”, entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não cessou de conduzir, e há muitíssimo tempo, em direção à preeminência desse tipo de saber que se pode chamar de “governo” sobre todos os outros: soberania, disciplina. Isto, por um lado, levou ao desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo e, por outro, ao desenvolvimento de toda uma série de saberes (Foucault, 2010, p.303).

A economia política surge e torna-se o saber imprescindível da governamentalidade porque aparece a “população”. Ela será o alvo principal da gestão governamental sobre a qual vão incidir, por exemplo, os programas de intervenções na área de saúde, higiene, alimentação, natalidade, segurança, entre outros.

Os dispositivos de segurança, compreendidos por Foucault como instrumentos técnicos da governamentalidade, dizem respeito à rede de relações que podem ser estabelecidas entre elementos distintos como, por exemplo, os discursos, as instituições, a arquitetura, os regramentos, as leis, as medidas administrativas, os enunciados científicos, as proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito. Na arte de governar liberal a segurança é o princípio de cálculo para a liberdade dos sujeitos, ou seja, a aplicação dos dispositivos de segurança contribui na gestão entre os interesses e liberdades individuais e os interesses de todos (os primeiros não podem constituir perigos ou riscos para os segundos).

O estudo da “governamentalidade” implica a análise das formas de racionalidade, de procedimentos técnicos e de formas de instrumentalização, tendo em vista o encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si (ou seja, a relação do sujeito consigo mesmo). Assim, para Foucault (2010), a “arte de governar” relaciona-se, entre outros aspectos, às formas com as quais os governados são encorajados racional e livremente a conduzirem a si mesmos.

Com relação às políticas de saúde atuais, os sujeitos precisam se comprometer a serem parceiros ativos na condução de sua saúde. As informações sobre as ações que favorecem uma melhor “qualidade de vida”, uma “vida saudável”, um “envelhecimento bem-sucedido” são propagados pelos serviços de saúde e pela mídia, assim como os meios (ou condições) para alcançá-los são disponibilizados aos sujeitos.

Um exemplo são as orientações para o autocuidado que vão se tornando cada vez mais presentes no cotidiano como as campanhas contra o tabagismo, o sedentarismo, o álcool e outras drogas; a favor do sexo seguro, da alimentação saudável, do meio ambiente, da sustentabilidade, da participação popular, entre outras. Do mesmo modo, aumentam as ofertas para cumprir tais propostas. Assim, cabe a cada um aceitar a responsabilidade de garantir sua própria saúde e bem-estar. As formas de responsabilização não fazem parte especificamente de uma política de Estado, elas são principalmente práticas que incutem no sujeito uma subjetividade própria.

Rose (2013) chama atenção para o fato de que a política, desde muito tempo, tem se preocupado com a vida daqueles que são governados. Contudo, destaca que houve mudanças no campo das biopolíticas dos séculos XVIII, XIX e praticamente de todo o século XX para o nosso século atual. Antes, a “política da vida” era uma política da saúde que tinha como foco as taxas de nascimento, de morte, de epidemias, do saneamento e de outros aspectos da vida nas cidades.

De acordo com o autor, busca-se, atualmente, promover uma “política da vida em si mesma” (*politics of life itself*), que não se delimita pelos polos saúde/doença e que não está focada em eliminar patologias com o objetivo de proteger a nação. “Ao contrário, está preocupada com nossas crescentes capacidades de controlar, administrar, projetar, remodelar e modular as próprias capacidades vitais dos seres humanos enquanto criaturas viventes” (Rose, 2013, p. 16). Na perspectiva da biopolítica contemporânea, característica das democracias liberais, o que está em jogo é ampliar cada vez mais as capacidades de manipular a vitalidade, o desenvolvimento, o metabolismo, os órgãos, o cérebro. É a própria vida que se torna foco do governo. A

conquista dessas capacidades de gestão da vida está ligada a “mercadização”, “autonomização” e “responsabilização” e, de acordo com Rose,

Em nenhuma parte elas foram mais eloquentes do que no campo da saúde, onde os pacientes são cada vez mais estimulados a tornarem-se consumidores ativos e responsáveis de serviços médicos e de produtos que vão de drogas medicinais a tecnologias de reprodução e testes genéticos (Rose, 2013, p. 17).

Tendo em vista os aspectos (mercado, a autonomia e a responsabilidade) para aumentar as capacidades e, conseqüentemente, prolongar a vida de modo saudável, as políticas de saúde, em seus documentos e programas, buscam oferecer as orientações e os aparatos para que os grupos populacionais envelheçam com “uma saúde melhor”. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu os chamados fatores determinantes para orientar tanto as ações governamentais quanto a população idosa que é o alvo das políticas e programas.

Destaco dois tipos de fatores determinantes: os “fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social” e os “fatores comportamentais determinantes”. Os primeiros dizem respeito à promoção de saúde e prevenção de doenças; aos serviços curativos; a assistência a longo prazo; e aos serviços de saúde mental. Eles incluem as ações dos serviços de saúde, as estratégias de prevenção, os diversos tratamentos médico-terapêutico, o acesso aos medicamentos, entre outros.

Os segundos, os fatores comportamentais determinantes, estão ligados ao que a OMS denomina de “adoção de estilos de vida saudáveis” e a “participação ativa no cuidado da própria saúde” (WHO, 2005, p. 22). Eles referem-se ao não uso do tabaco e do álcool; a atividade física; a alimentação saudável; aos cuidados com a saúde oral; ao acesso e uso adequado de medicamentos; a iatrogenia (interação medicamentosa, dosagens inadequadas e reações adversas).

No Brasil, as diretrizes e recomendações do envelhecimento ativo propostas pela OMS, incluindo a adoção de estilos de vida saudável e a participação ativa, foram contempladas em políticas de saúde nacionais como, por exemplo, no Pacto em Defesa da Vida (Brasil, 2006b), no documento intitulado Envelhecimento e Saúde - Cadernos de Atenção Básica, n. 19 (Brasil, 2006a) e na Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2006d). Neste último, está expresso o desafio a ser enfrentado pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde que consiste em:

(...) propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (Brasil, 2006d, p.15).

A partir do discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde, pode-se notar que ela segue não somente a adoção de estilos de vida saudável e a participação ativa, como também enfoca o compromisso e a co-responsabilidade. Com isso, todos os agentes envolvidos (setores públicos, privados, não-governamentais e a sociedade em geral) tornam-se responsáveis pelos cuidados com a sua saúde individual e coletiva, visando a “qualidade de vida”, ou seja, manter-se com autonomia e independência pelo máximo de tempo possível, como discutido anteriormente.

No documento da OMS, são apontados também alguns desafios inerentes ao envelhecimento individual e populacional que estão colocados em diversos países do mundo como, por exemplo, saúde, mercado de trabalho, emprego e educação. A sugestão da OMS é que as políticas públicas ligadas a essas áreas apoiem o Envelhecimento Ativo e, conseqüentemente, promovam ações que priorizem a saúde, a participação e a segurança, obedecendo à regra da chamada “economia máxima”. Transcrevo um trecho do documento que, apesar de reconhecidamente longo, torna-se relevante para discussão proposta nesta seção:

Existem boas razões econômicas para se implementar programas e políticas que promovam o envelhecimento ativo, em termos de aumento de participação e redução de custos com cuidados. As pessoas que se mantêm saudáveis conforme envelhecem enfrentam menos problemas para continuar a trabalhar. Atualmente, a tendência para se aposentar cedo em países industrializados é, em grande parte, o resultado de políticas que incentivaram a aposentadoria precoce. Mas, à medida que as populações envelhecem, vai haver mais pressão para que tais políticas públicas mudem - especialmente se mais e mais indivíduos atingirem a 3ª idade gozando de boa saúde, ou seja, ainda aptos para o trabalho. Isso ajudaria a compensar os crescentes custos com pensões e aposentadorias, assim como os custos com assistência médica e social. Em relação aos gastos públicos cada vez maiores com assistência médica, alguns dados disponíveis indicam que a velhice em si não está associada ao aumento das despesas médicas. O que encarece os gastos são as deficiências e a saúde precária - frequentemente associadas à velhice. Se as pessoas envelhecerem com uma saúde melhor, as despesas médicas, provavelmente, não aumentarão de modo tão rápido. Os legisladores precisam prestar atenção ao panorama completo e considerar a economia alcançada com a queda nas taxas de deficiências. Nos Estados Unidos, por exemplo, tais quedas podem reduzir as despesas médicas em aproximadamente 20% nos próximos 50 anos (Cutler, 2001). Entre 1982 e 1994, nos Estados Unidos, somente a economia com gastos em clínicas de repouso ultrapassou 17 bilhões de dólares (Singer e Manton, 1998). Além disso, se um número maior de pessoas mais velhas saudáveis aumenta sua participação na força de trabalho (seja através de empregos em horário integral ou em meio-expediente), sua contribuição para as receitas públicas

também aumenta. Por fim, em geral, é menos dispendioso prevenir a doença do que tratá-la (WHO, 2005, p.18).

Este trecho apresenta algumas razões para que as políticas públicas e programas enfoquem a perspectiva do envelhecimento ativo, levando em conta os benefícios advindos de tal política e a diminuição, ao máximo, nos gastos de saúde da população que envelhece. Ao se manterem ativos e saudáveis, os idosos não apenas reduzem os custos de saúde e previdência para o Estado, como também continuam contribuindo pelo maior tempo possível com o aumento das receitas públicas. A participação, neste trecho do documento, está diretamente ligada à força de trabalho, mas, de modo geral, a participação dos idosos deve ocorrer em diferentes âmbitos da sociedade.

Os aspectos referentes às diretrizes do Envelhecimento Ativo, em especial, a participação ativa dos idosos fazem parte do “desafio” proposto pela OMS: a criação de um “novo paradigma” “que perceba os idosos como participantes ativos de uma sociedade com integração de idade, contribuintes ativos, e beneficiários do desenvolvimento” (WHO, 2005, p.44).

Assim, de acordo com o “novo paradigma” os programas e políticas de envelhecimento ativo devem incentivar a responsabilidade individual com relação ao cuidado consigo mesmo. Isto pode ser feito por meio do planejamento e da preparação para a velhice, a partir de um esforço pessoal de adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida. Desse modo, se viverá com autonomia, independência e exercendo sua força de trabalho por mais tempo. Além disso, é necessário criar ambientes de apoio e solidariedade entre as gerações, como também uma imagem nova e positiva para a velhice. Esta imagem da velhice, segundo o paradigma proposto pela OMS, deve afastar-se dos estereótipos associados à aposentadoria, a doença e a dependência.

Nessa perspectiva, torna-se interessante pensar os modos de envelhecer que a política do Envelhecimento Ativo produz, na medida em que os idosos aceitam (ou não) tornarem-se sujeitos responsáveis na realização desse projeto.

Por fim, retomo o conceito de governamentalidade a partir da discussão de Mitchell Dean (1999). O autor toma como base a análise de Foucault sobre o tema e propõe uma operacionalização para o que denomina regime de práticas ou regimes de governo (*regimes of practices or regimes of government*).

Para Dean (1999), os regimes de governo dizem respeito às práticas de governo dos outros, assim como define Foucault, incluindo, também, as práticas de governo de si (*practices of the self*). Tais práticas não são apenas instrumentos para alcançar objetivos sociais, econômicos e políticos; mas, igualmente, meios de resistência a outras formas de governo. Assim, o autor propõe ampliar a definição geral de governo que seria:

(...) qualquer atividade mais ou menos calculada e racional, empreendida por uma multiplicidade de autoridades e agências; que emprega uma variedade de técnicas e formas de saber; que busca moldar e conduzir por meio de desejos, aspirações, interesses e crenças, para definir ou modificar objetivos; e com um conjunto de consequências, efeitos e resultados que são imprevisíveis e diversos (Dean, 1999, p. 11).

O governo pressupõe a existência de sujeitos livres e essa liberdade está referida a uma margem de ação e decisão. As práticas moldam a liberdade dos indivíduos e também são moldadas por ela. Nesse sentido, abre-se espaço para a contestação, as resistências e os agenciamentos.

As racionalidades, explicitadas por Foucault e retomadas de modo mais claro por Dean, implicam em saberes, crenças e opiniões os quais conduzem as práticas tanto governamentais quanto dos sujeitos. Dean (1999) sistematiza as racionalidades do governo explicitando quatro dimensões que as constituem. São justamente essas quatro dimensões que pretendo chamar atenção com o objetivo de aproximar as racionalidades e a sua aplicação num regime de práticas específico. São elas: a dimensão ontológica que corresponde à substância governada; a ascética que diz respeito ao trabalho de governo; a deontológica concernente ao sujeito governável; e a teleológica referente ao *telos* governamental que responde às razões pelas quais se governa.

Ao refletir sobre essas dimensões apontadas pelo autor em relação às questões referentes ao envelhecimento e as políticas de saúde para os idosos, busco estabelecer algumas aproximações com o regime de práticas que analiso neste trabalho. A meu ver, a substância governada, aquilo sobre o que se age, seria o próprio envelhecimento e os idosos. Com relação à ascese, ou seja, como se governa essa substância, pode-se pensar nas técnicas de cuidado com a saúde. Os sujeitos são subjetivados constantemente por saberes, crenças e opiniões. No caso da política do Envelhecimento Ativo, ela produz sujeitos saudáveis e ativos e, portanto, determinados modos de envelhecer. Finalmente,

surge a dimensão que questiona as razões pelas quais se governa, qual a finalidade do governo. Uma possibilidade de resposta para essa pergunta seria a gestão de uma sociedade que envelhece – percebendo esse prolongamento da vida como uma conquista da sociedade – com a garantia de alguns direitos e, ao mesmo tempo, onerando o mínimo possível o Estado.

CAPÍTULO 3

Entre a saúde e a sociabilidade: os caminhos de um serviço de saúde

Neste capítulo discuto questões referentes aos modos de envelhecer de mulheres e homens idosos que fazem parte de um grupo que se reúnem uma vez por semana em um posto de saúde no bairro Vila Jardim, em Porto Alegre. O objetivo dos encontros é fazer com que os idosos conversem sobre saúde, além de possibilitar a sociabilidade entre os participantes.

Minha aproximação com os profissionais do posto de saúde se deu por intermediação do Núcleo de Pesquisas em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS), em maio de 2010. A partir do contato com uma médica e com a assistente social do posto, fui rapidamente aceita tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos idosos. Uma semana após o primeiro contato com a equipe de saúde, iniciei o trabalho de campo, passando a participar semanalmente dos encontros do grupo de idosos.

A rápida aceitação da minha presença no grupo, principalmente por parte dos profissionais de saúde, chamou-me atenção desde o começo do trabalho de campo. A meu ver, esse “acolhimento” não dizia respeito apenas ao apreço da equipe daquele posto por pesquisadores no NUPACS que me antecederam; indicava, igualmente, que na economia política do trabalho no posto de saúde os encontros com o grupo de idosos não tinham a mesma capacidade de reter profissionais trabalhando por um longo período de tempo, como mencionado no primeiro capítulo.

Desde o início do trabalho de campo junto ao grupo de idosos do posto de saúde, observei que os encontros entre os idosos e as profissionais de saúde não estavam restritos a este local. As profissionais de saúde, em especial as agentes comunitárias de saúde, enfermeiras, residentes e estagiários, encontram-se com os idosos em outros locais como, por exemplo, nas residências dos mesmos durante as chamadas visitas domiciliares que fazem parte das atividades regulares de equipes do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Além disso, o grupo organiza-se em datas específicas para visitar museus ou parques de Porto Alegre; para viajar ao município de Santa Cruz do Sul/RS durante a *Oktoberfest*; a cidades do Rio Grande do Sul ou de Santa Catarina que possuam hotéis com piscinas termo minerais; e para almoços de confraternização. Esses passeios e

viagens também foram acompanhados por mim durante o período da pesquisa, como descrito no primeiro capítulo.

No presente capítulo tomo como foco aspectos referentes à participação dos idosos nas atividades do grupo e a sociabilidade entre os participantes; as narrativas sobre saúde, doença, morte e vulnerabilidade; as relações de vizinhança e pertencimento; a questão do tempo na experiência dos idosos; e os agenciamentos cotidianos em relação aos cuidados com a saúde e à família – dois aspectos considerados fundamentais e, por isso, recorrentes em suas narrativas nos encontros no posto de saúde e fora dele.

Nesse sentido, interessa-me saber: Como se dá a participação dos idosos e dos profissionais de saúde nos encontros do grupo? Quais as relações dos idosos com o bairro e o posto de saúde? Quais as experiências narradas pelos idosos durante os encontros? Como as recomendações e dicas referentes à promoção de saúde discutidas nos encontros do grupo, são percebidas e praticadas (ou não) pelos idosos?

Assim, o capítulo está organizado da seguinte forma:

- Na primeira seção apresento dados sobre a população idosa em Porto Alegre e sobre as ações do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), instituição a qual o referido posto de saúde está inserido.
- Na segunda seção faço uma breve contextualização sobre o posto de saúde e a formação do grupo de idosos, chamando atenção para as mudanças ocorridas no bairro, no posto e no grupo ao longo de mais de duas décadas;
- Na terceira seção apresento a Cartilha intitulada “Vivendo bem, até mais que 100! Orientações sobre hábitos de vida saudável”. A cartilha é um material da política de saúde voltada para os idosos que orienta as ações de saúde do posto. Discuto, ainda nesta seção, a introdução da Cartilha junto ao grupo;
- Na quarta seção chamo atenção para as demais atividades programadas para o grupo, como o “dia do bingo” e o “dia da saúde”, visando refletir sobre a relação entre as narrativas das experiências dos idosos suscitadas naquele contexto e as recentes políticas de saúde incorporadas no posto de saúde;

- Como os idosos também se encontram em outros espaços fora daquele reservado no posto de saúde, na quinta seção apresento narrativas referentes aos temas recorrentes e importantes para eles, os quais pude presenciar nas viagens com o grupo;
- Na sexta e última seção, discuto as perspectivas dos profissionais de saúde e a dos idosos, buscando chamar atenção para as proximidades e as tensões entre elas.

3.1. Uma breve contextualização sobre a população idosa

Proponho nesta seção uma breve contextualização a respeito do envelhecimento da população brasileira, gaúcha e, mais especificamente, porto alegre, a partir dos dados censitários do IBGE⁷². O objetivo é apresentar as mudanças demográficas que o país vem atravessando nas últimas três décadas e alguns de seus aspectos que são relevantes para este trabalho como, por exemplo, o aumento da expectativa de vida ao nascer, o crescente envelhecimento da população feminina, do segmento idosa com mais de 75 anos e de pessoas idosas morando sozinhas⁷³.

Os dados do último Censo Demográfico realizado pelo IBGE, em 2010⁷⁴, apontaram que a população brasileira é formada por 190.775.779 pessoas, um número 12,3% maior do que o registrado no Censo 2000. Contudo, o crescimento populacional não ocorreu de modo uniforme, tendo apresentado diferenças entre Regiões e Unidades da Federação. Vale destacar que a Região Sul foi a que menos cresceu na última década,

⁷² Ao longo desta seção utilizarei os termos relacionados a faixa etária e sexo encontrados na classificação feita pelo IBGE. A classificação referente a sexo restringe-se aos termos homem e mulher. Os dados sobre idade estão agrupados por “grupos etários” que compreendem 5 anos, por exemplo, de 0 a 4 anos, de 5 a 9 anos, até o último grupo formado por pessoas com 80 anos ou mais de idade.

⁷³ O IBGE possui uma classificação de tipos de unidades domésticas, entre elas está a unidade doméstica unipessoal que é aquela constituída somente por pessoa responsável pelo domicílio (IBGE, 2010, p. 37). Segundo a análise “do perfil das unidades domésticas unipessoais por grupos de idade, verifica-se, no caso das mulheres, que há uma concentração nos grupos de idade mais avançada. Cerca de 53% eram mulheres de 60 anos ou mais de idade. Entre os homens, a distribuição etária é diferenciada, com percentuais mais elevados nas idades entre 25 a 59 anos”(IBGE, 2010, p. 87).

⁷⁴ A coleta do Censo Demográfico 2010 foi realizada de agosto a outubro de 2010 e abrangeu as pessoas residentes em domicílios (urbanos e rurais) do Território Nacional. Os primeiros resultados do recenseamento foram divulgados em novembro de 2010. Os resultados e as análises foram publicados a partir de 2011 como, por exemplo, a Sinopse do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2011) e encontram-se disponíveis para download em www.ibge.gov.br

especialmente devido ao Rio Grande do Sul, estado com menor índice de crescimento populacional do país (0,49%)⁷⁵.

Com relação aos municípios em 2010, os mais populosos foram os mesmos registrados no Censo 2000, São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador. Porto Alegre aumentou sua população em apenas 0,35% ao ano, sendo considerado o município com o menor crescimento médio anual, inclusive foi o que menos cresceu em comparação aos demais municípios do Rio Grande do Sul (IBGE, 2011, p. 37-39).

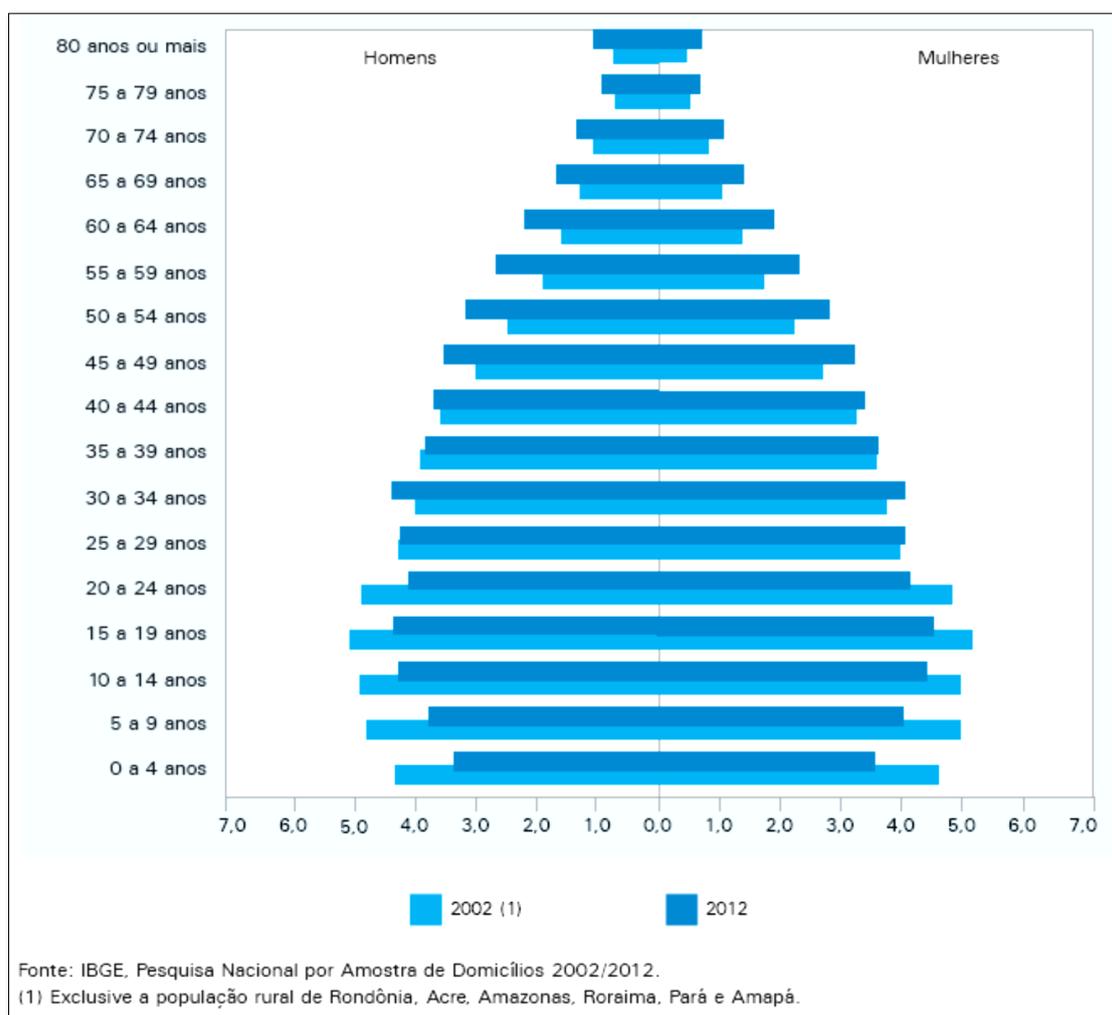
O crescimento populacional está relacionado em certa medida a fatores como fluxo migratório, taxas de fecundidade e de mortalidade. Em relação aos dois últimos, é possível observar mudanças significativas referentes ao declínio dos níveis de fecundidade, de mortalidade e ao aumento da esperança de vida ao nascer, como apresentarei na sequência deste trabalho. Os dados censitários mostram que houve uma diminuição de todas as faixas com idade até 25 anos e um aumento de outros grupos etários nas últimas décadas.

O grupo de crianças de 0 a 4 anos do sexo masculino, por exemplo, representava 5,7% da população total em 1991, enquanto o feminino representava 5,5%. Em 2000, estes percentuais caíram para 4,9% e 4,7%, chegando a 3,7% e 3,6% em 2010. Simultaneamente, o alargamento do topo da pirâmide pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2011, p. 53).

No Gráfico 1 é possível perceber as mudanças na estrutura etária brasileira na última década, mais especificamente entre os anos de 2002 e 2012, no tocante ao estreitamento da base e ao alargamento do topo da pirâmide.

⁷⁵ De acordo com os dados do IBGE (2011, p.32), as Regiões com maiores taxas de crescimento da população foram a Norte e a Centro-Oeste e a Unidade da Federação que mais cresceu entre 2000 e 2010 foi Santa Catarina.

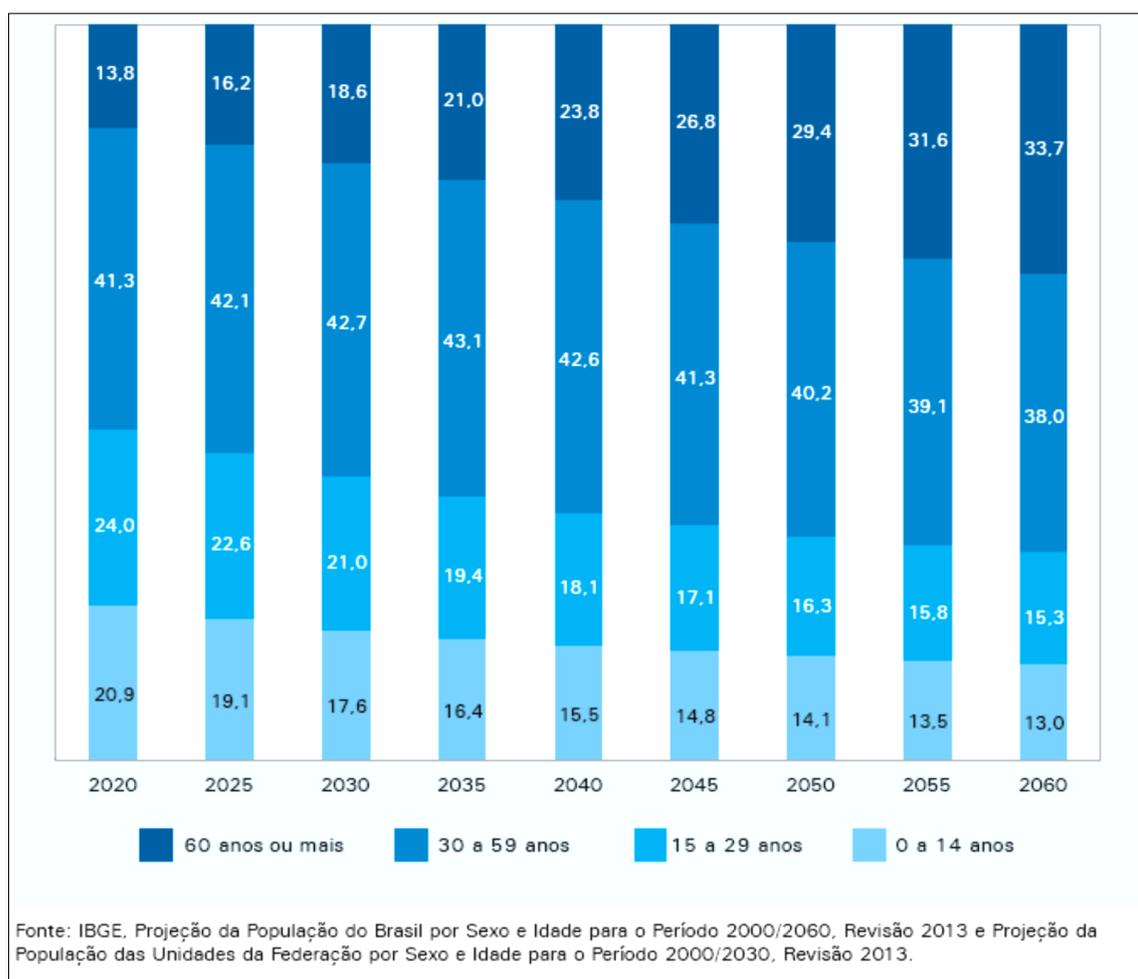
Gráfico 1: Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade - Brasil - 2002/2012



Fonte: IBGE, 2013b, p. 20.

Tendo em vista o crescimento da população adulta e idosa, a redução nos grupos etários com idades inferiores aos 24 anos, bem como a tendência de que as taxas de mortalidade e fecundidade continuem declinando, estima-se um contínuo processo de envelhecimento no país. As análises dos resultados do Censo 2010 realizadas recentemente pelo IBGE (2013) indicam que a transição demográfica ocorre rapidamente, sendo determinante tanto para o tamanho da população quanto para a alteração da estrutura etária. Nesse sentido, a projeção da população brasileira para os próximos 50 anos apresenta a inversão da pirâmide etária, como representada no gráfico abaixo:

Gráfico 2: Distribuição percentual da população projetada, segundo os grupos de idade - Brasil - 2020/2060.



Fonte: IBGE, 2013b, p. 21.

Apesar do processo de transição demográfica ocorrer em todo o país, existe diferenças regionais pautadas por questões sociais, econômicas e culturais que em alguma medida refletem nas mudanças com relação à fecundidade, à mortalidade e ao envelhecimento em cada uma das Regiões do país, como apresentarei mais adiante.

Observando os dados do Brasil, de modo geral, pode-se dizer que os níveis de fecundidade e mortalidade eram elevados até a década de 1940, sendo a taxa de fecundidade de mais de 6 filhos por mulher e a expectativa de vida de aproximadamente 45 anos. Nos anos 1960, tem início o declínio dos níveis de fecundidade e se acelera a partir dos anos 1970. Essa redução pode ser constatada pelo número médio de filhos por mulher que nas décadas de 1950 e 1960 era em torno de 6,2 e, em 2013, este número caiu para 1,7 filho por mulher (IBGE, 2010; 2013).

Assim, “o padrão etário da fecundidade, ao longo do tempo, passou de jovem para dilatado, e nas Unidades da Federação com histórico de fecundidade mais baixa, já

se observa um padrão tardio (IBGE, 2013a, p.24)”, como é o caso dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília⁷⁶. As Regiões Sul e Sudeste possuem as menores taxas de fecundidade, a menor população de crianças com menos de 5 anos de idade (6,4% e 6,5%, respectivamente) e o maior contingente de idosos (8,1%), sendo assim consideradas as mais envelhecidas do país.

Com relação aos níveis de mortalidade, eles diminuem gradualmente e, com isso, a esperança de vida ao nascer para ambos os sexos vem crescendo consideravelmente com o passar dos anos em todo o país. A esperança de vida ao nascer era de menos de 50 anos na década de 1950 e subiu para 74,8 anos em 2013. Os dados do mesmo período mostram que as taxas de mortalidade infantil passaram de 135,0 óbitos por mil nascidos vivos, nos anos de 1950, para 15,0 em 2013.

Segue abaixo o Quadro 3 com os dados da esperança de vida ao nascer estimada nos anos de 2000 e 2010 e projetada para os anos 2020 e 2030, de homens e mulheres em cada estado. Chamo atenção também para o fato da esperança de vida mais elevada se apresentar nos estados de Santa Catarina, Brasília e Rio Grande do Sul nos quatro períodos apresentados no gráfico. Em 2010, a expectativa de vida total (homens e mulheres) era de 76,9 anos, 76,3 anos e 76,0 anos nos três estados, respectivamente.

⁷⁶ Em 2010, as taxas de fecundidade dos estados citados eram: 1,67; 1,65; 1,76; 1,70; 1,68; 1,65 respectivamente. Para os cálculos de projeção apresentados pelo IBGE nos documentos os níveis de fecundidade aparecem diretamente relacionados aos níveis de escolaridade das mulheres (IBGE, 2013).

Quadro 3: Esperança de vida ao nascer estimada e projetada, por sexo, segundo as Unidades da Federação 2000/2030

Unidades da Federação	Esperanças de vida ao nascer					
	Estimada					
	2000			2010		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Brasil	69,8	66,0	73,9	73,9	70,2	77,6
Rondônia	67,8	64,8	71,6	70,1	67,0	73,8
Acre	66,4	63,4	70,1	71,7	68,5	75,4
Amazonas	67,3	64,7	70,3	70,4	67,3	73,8
Roraima	65,3	62,3	69,0	69,5	66,9	72,5
Pará	68,4	65,8	71,5	70,9	67,5	74,7
Amapá	68,0	64,2	72,5	72,1	69,2	75,4
Tocantins	67,6	64,9	70,7	71,6	68,7	74,9
Maranhão	65,3	61,8	69,4	68,7	65,1	72,8
Piauí	67,9	64,7	71,2	69,9	66,1	73,9
Ceará	69,4	65,8	73,3	72,4	68,5	76,4
Rio Grande do Norte	70,2	66,8	73,9	74,1	70,2	78,1
Paraíba	67,1	63,5	70,7	71,2	67,4	75,1
Pernambuco	65,0	60,2	70,1	71,1	66,8	75,5
Alagoas	64,3	60,3	68,5	69,2	64,6	74,0
Sergipe	67,7	64,0	71,6	71,0	66,9	75,2
Bahia	68,7	65,2	72,4	71,9	67,7	76,4
Minas Gerais	71,8	68,4	75,3	75,5	72,5	78,6
Espírito Santo	70,4	66,4	74,8	75,9	71,9	80,2
Rio de Janeiro	70,0	65,3	74,8	74,2	70,3	78,0
São Paulo	71,4	67,0	76,1	76,1	72,6	79,5
Paraná	71,2	68,2	74,5	75,2	71,9	78,6
Santa Catarina	72,1	68,7	75,7	76,9	73,6	80,4
Rio Grande do Sul	72,4	68,6	76,2	76,0	72,4	79,5
Mato Grosso do Sul	70,2	66,9	73,9	73,8	70,4	77,6
Mato Grosso	69,5	66,5	73,3	72,6	69,5	76,3
Goiás	71,2	68,4	74,3	73,1	70,1	76,4
Distrito Federal	72,3	68,5	76,1	76,3	72,5	79,9

Unidades da Federação	Esperanças de vida ao nascer					
	Projetada					
	2020			2030		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Brasil	76,7	73,3	80,3	78,6	75,3	82,0
Rondônia	72,1	69,0	75,7	73,8	70,7	77,2
Acre	75,1	71,9	78,6	77,0	73,9	80,3
Amazonas	72,8	69,5	76,5	74,7	71,3	78,4
Roraima	72,7	70,4	75,3	75,0	72,7	77,5
Pará	72,8	69,0	77,2	74,4	70,4	78,9
Amapá	74,9	72,4	77,5	76,6	74,2	79,1
Tocantins	74,4	71,4	77,7	76,2	73,3	79,5
Maranhão	71,7	68,0	75,6	74,0	70,4	77,8
Piauí	71,8	67,5	76,2	73,4	68,8	78,0
Ceará	74,7	70,8	78,7	76,4	72,5	80,2
Rio Grande do Norte	76,6	72,6	80,6	78,0	74,3	81,8
Paraíba	74,4	70,5	78,2	76,5	72,7	80,2
Pernambuco	75,3	71,5	78,9	77,7	74,3	80,9
Alagoas	73,0	68,3	77,8	75,7	71,1	80,1
Sergipe	73,6	69,4	77,9	75,6	71,5	79,8
Bahia	74,4	69,9	79,1	76,1	71,6	80,8
Minas Gerais	78,2	75,4	81,0	80,0	77,3	82,8
Espírito Santo	79,3	75,6	83,2	81,2	77,7	84,7
Rio de Janeiro	77,3	74,0	80,4	79,4	76,4	82,2
São Paulo	79,1	76,1	82,0	80,9	78,1	83,5
Paraná	78,2	74,8	81,7	80,5	77,1	83,9
Santa Catarina	80,2	77,0	83,5	82,3	79,1	85,4
Rio Grande do Sul	78,8	75,4	82,0	80,8	77,7	83,4
Mato Grosso do Sul	76,5	73,1	80,2	78,5	75,1	81,9
Mato Grosso	75,2	72,1	78,7	77,2	74,1	80,6
Goiás	74,8	71,7	78,2	76,3	73,1	79,8
Distrito Federal	79,1	75,4	82,4	80,8	77,3	83,9

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação 2013.

Fonte: IBGE, 2013a, p. 26.

É possível observar que a esperança de vida ao nascer tende a crescer ainda mais ao longo dos próximos anos. Para Camarano, Kanso e Mello (2004), os ganhos de esperança de vida estão relacionados à transição epidemiológica⁷⁷, as mudanças socioeconômicas, políticas e sanitárias e aos avanços tecnológicos e da medicina. Um exemplo são os programas desenvolvidos no âmbito nacional e internacional, principalmente a partir da década de 1980, para diminuir a mortalidade infantil.

⁷⁷ A transição epidemiológica caracteriza-se, em geral, pela queda da morbimortalidade por doenças infectocontagiosas e parasitárias e o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas e agravos não transmissíveis como, por exemplo, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, obesidade, neoplasias.

Um aspecto que chama atenção, a partir tanto dos dados estimados quanto dos projetados de todos os estados, é que a esperança de vida das mulheres é maior do que a dos homens. O termo “feminização da velhice” vem sendo referido por alguns autores (Berquó, 1996; Debert, 1999; Camarano, 2003; Camarano, Kanso e Mello, 2004) para discutir o envelhecimento como sendo também uma questão de gênero. De acordo com a OMS, há prevalência de mulheres mais velhas no Brasil, bem como na maioria dos países, tanto os desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (WHO, 2005).

No Brasil, com o passar dos anos, a razão de sexo vem diminuindo progressivamente, indicando não apenas a tendência de uma expectativa de vida maior para as mulheres nas próximas décadas, mas também um contingente maior de mulheres em idades avançadas atualmente. Assim, “no caso brasileiro, além dos ganhos na esperança de vida, verificou-se também um aumento na idade média ao morrer” (Camarano, Kanso e Mello, 2004, p.36), especialmente na população feminina.

Entre as principais causas de morte das pessoas idosas, segundo a análise das condições de saúde da população idosa realizada por Camarano, Kanso e Mello (2004), estão: as doenças do aparelho circulatório; algumas doenças não classificadas e que recebem a denominação de “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte”; as neoplasias; as doenças do aparelho respiratório; as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; e em menor número as mortes por causas externas e as doenças transmissíveis.

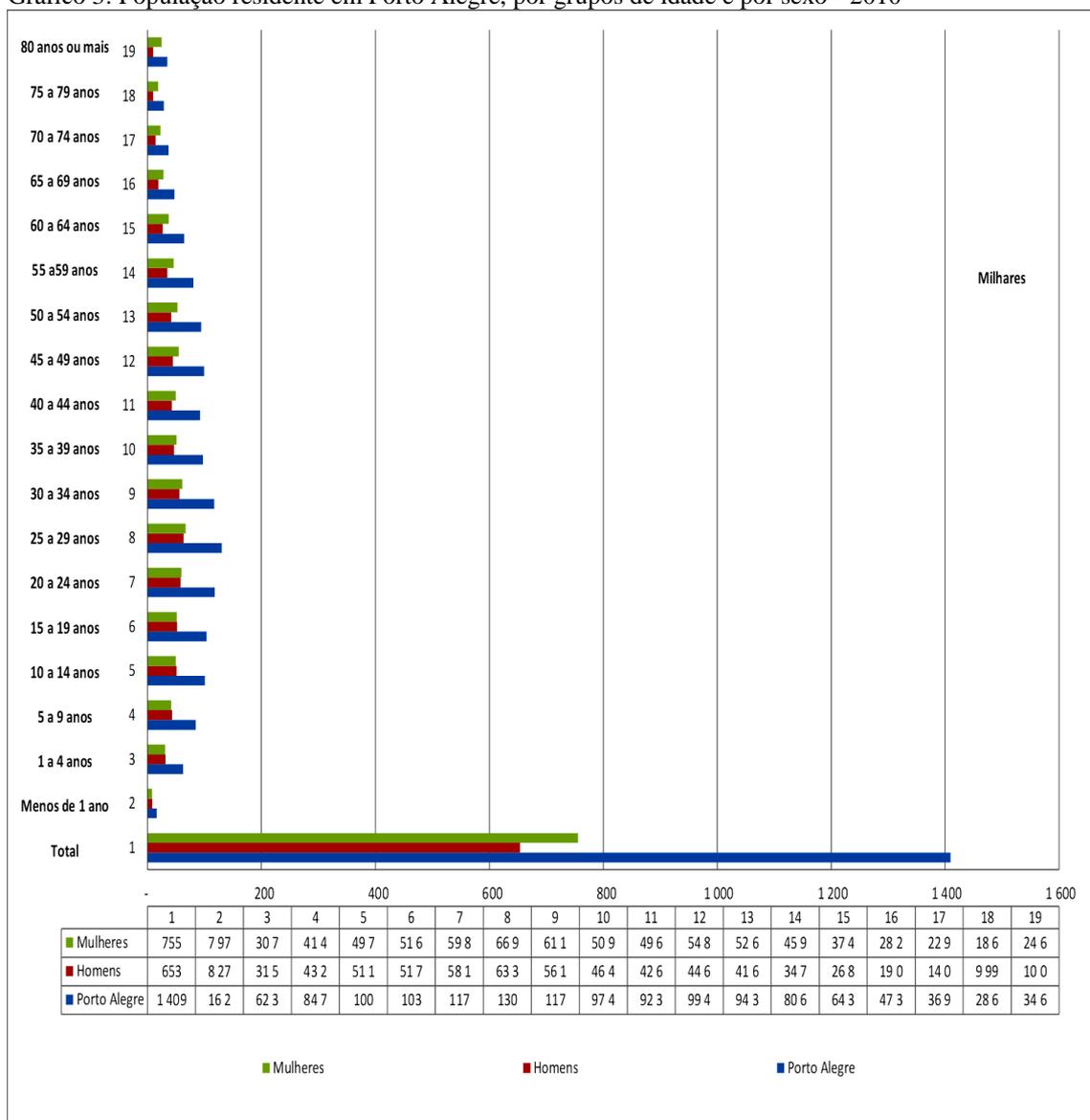
As autoras apontam uma queda nos níveis de mortalidade em todos os grupos etários (acima de 60 anos), fator que contribui para o aumento da longevidade desse segmento da população. Sugerem que a queda da mortalidade entre os idosos pode estar relacionada à ampliação e melhoria dos serviços e cuidados em saúde (consultas, diagnósticos, tratamentos) e mudanças no “estilo de vida”.

Partindo dessa perspectiva, um dos fatores para a maior expectativa de vida e longevidade das mulheres pode estar relacionado com as contínuas intervenções biomédicas que o corpo feminino vem sendo submetido ao longo dos anos. O fato do corpo da mulher ter sido visto pela medicina como mais problemático e instável, em virtude especialmente da sexualidade e procriação (Laqueur, 2001), fez com que as investigações sobre o funcionamento do corpo feminino se tornassem um imperativo para os estudiosos desde o século XVIII (Rohden, 2003). Nesse sentido, as mulheres buscariam mais frequentemente os serviços de saúde, realizariam exames preventivos com maior frequência, participariam de grupos voltados para promoção de saúde.

Como mencionado anteriormente, Porto Alegre foi o município que registrou o menor crescimento populacional no país. Alguns fatores como a redução nas taxas de fecundidade contribuíram para essa marca. Contudo, as reduções dos níveis de fecundidade e também de mortalidade, colaboraram para que Porto Alegre tivesse um aumento da expectativa de vida da população e um número crescente de idosos.

Em 2010, de acordo com o último Censo, existiam 1.409.351 pessoas na capital gaúcha, entre elas 211.896 contavam com 60 anos e mais de idade. Os dados demográficos do Gráfico 3 mostram a população total que reside no município e a divisão por grupo de idade e por sexo. Em seguida, apresentarei os dados referentes apenas a população com idade igual e maior de 60 anos.

Gráfico 3: População residente em Porto Alegre, por grupos de idade e por sexo - 2010

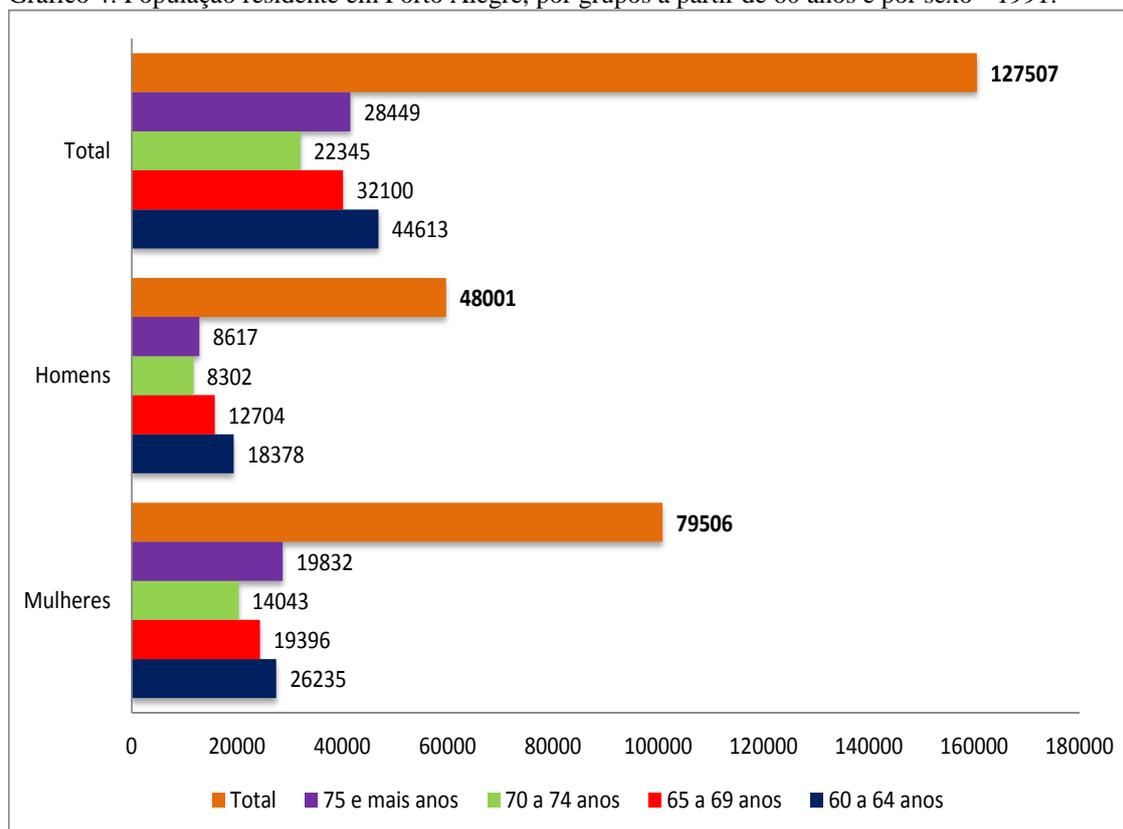


Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir de dados do Censo Demográfico de 2010.

É interessante notar que a população de homens do primeiro grupo - com idade de menos de um ano - até o grupo representado pelo número 6 no gráfico - com idade de 15 a 19 anos - é maior do que a população de mulheres dos mesmos grupos etários. A partir do grupo etário de 20 a 24 anos até o último grupo - das pessoas com 80 anos ou mais - o número de mulheres torna-se superior e segue crescendo à medida que a faixa etária aumenta. O grupo de idosos acima de 80 anos apresenta um número duas vezes maior de mulheres em comparação ao de homens.

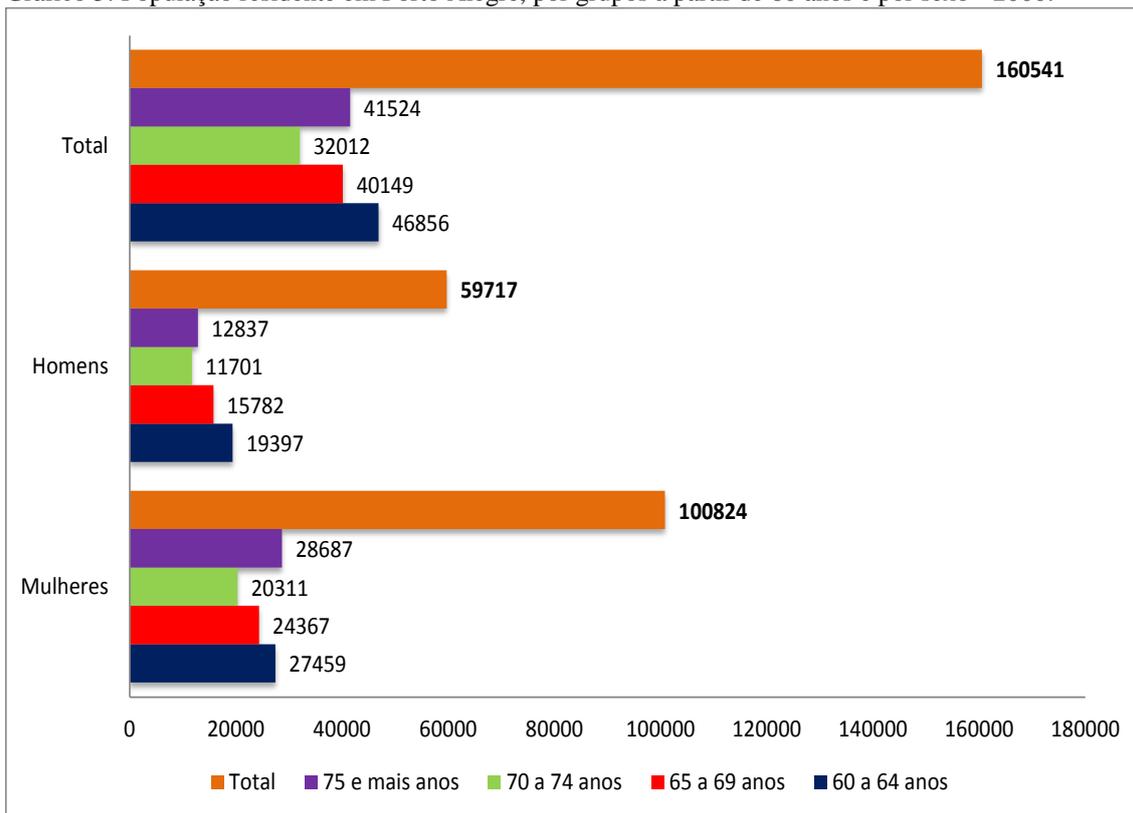
Nos Gráficos 4, 5 e 6 apresento os dados que mostram o aumento progressivo da população idosa em Porto Alegre nos anos de 1991, 2000 e 2010, respectivamente. Pode-se perceber detalhadamente o crescimento em cada grupo a partir de 60 anos e por sexo.

Gráfico 4: População residente em Porto Alegre, por grupos a partir de 60 anos e por sexo - 1991.



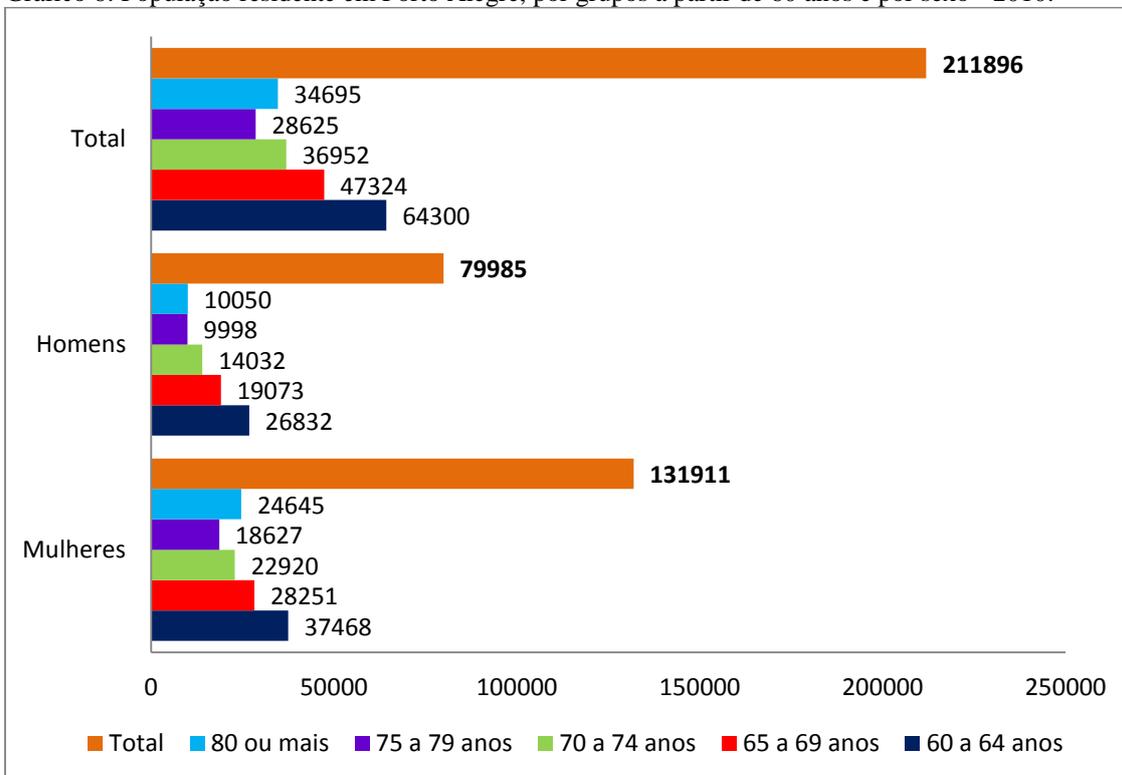
Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir de dados do Censo Demográfico de 2010.

Gráfico 5: População residente em Porto Alegre, por grupos a partir de 60 anos e por sexo - 2000.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir de dados do Censo Demográfico de 2010.

Gráfico 6: População residente em Porto Alegre, por grupos a partir de 60 anos e por sexo - 2010.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir de dados do Censo Demográfico de 2010.

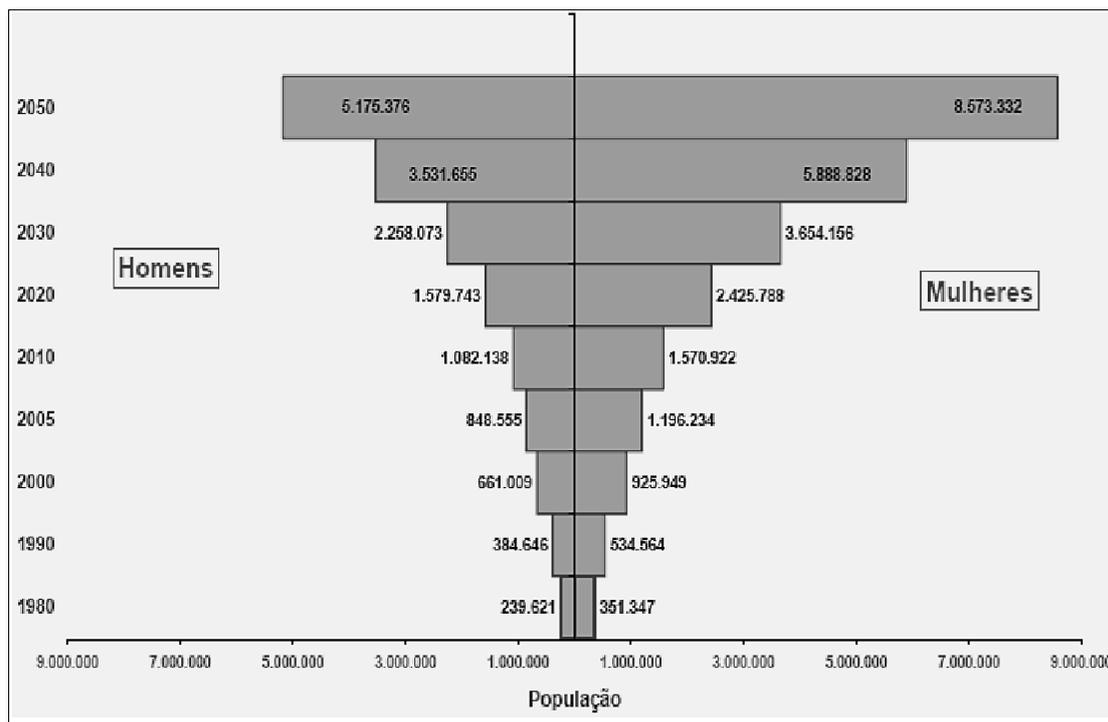
Pode-se observar mais de 34 mil idosos acima de 80 anos em Porto Alegre e que o número de mulheres é cerca de duas vezes maior se comparado ao número de homens em cada grupo etário da população idosa. Como mencionado anteriormente, o número de mulheres cresce a cada grupo etário, indicando a predominância do envelhecimento feminino.

Torna-se necessário destacar que os dados divulgados pelo IBGE referentes aos anos de 1991 e 2000 fazem uma divisão dos grupos etários acima de 60 anos um pouco diferente da apresentada no Censo 2010. Nos dois primeiros anos, o último grupo etário é composto por pessoas com 75 e mais anos. Já no Censo 2010, houve a divisão desse último grupo, sendo assim se estabeleceu um grupo etário de 75 a 79 anos e outro de 80 anos e mais. Por este motivo os dois primeiros gráficos possuem uma barra/grupo etário a menos do que o do Gráfico 6.

Uma hipótese sobre a mudança nos grupos das idades mais avançadas nesse último recenseamento é a percepção a respeito do rápido crescimento da população com 80 anos ou mais de idade. Têm-se observado, sobretudo nas últimas duas décadas, uma alteração da composição etária dentro da própria população idosa. O que significa dizer que a população idosa também está envelhecendo, levando a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro.

Os idosos acima de 80 anos enquanto grupo populacional específico já haviam chamado à atenção do Ministério da Saúde (Brasil, 2006a, p.9). De acordo com o documento Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006a), o aumento do segmento dos “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” é acelerado e estima-se que as modificações gerem impactos demográficos e epidemiológicos. O Gráfico 7 mostra a projeção desse grupo etário em um período de 70 anos:

Gráfico 7: Projeção da população brasileira de 80 anos e mais, por sexo, 1980 – 2050.



Fonte: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. (Brasil, 2006a).

Este cenário é semelhante em todo o país e as análises dos dados têm servido para que as organizações governamentais e não governamentais pensem as políticas públicas de saúde para os idosos. Uma das propostas, já discutida no primeiro capítulo, é a do “envelhecimento ativo”, na qual temas e conceitos são instituídos e utilizados principalmente nos programas de promoção de saúde. Eles têm como objetivo a prevenção de “fatores de riscos”, a “qualidade de vida”, a manutenção de boas condições de saúde, da autonomia e da independência, adiando ou minimizando tanto quanto possível situações de fragilidade e vulnerabilidade.

Tendo em vista que o segmento populacional (estimado e projetado) que mais cresce é aquele acima de 60 anos e, em especial, o grupo etário que compreende as pessoas com mais de 80 anos, importa perguntar a respeito da fragilidade e da vulnerabilidade atribuídas pelas políticas de saúde à experiência do envelhecimento.

O Ministério da Saúde, em 2011, através do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), estabeleceu como grupos vulneráveis os idosos, os jovens, os indígenas, os quilombolas, as mulheres e a população de baixa escolaridade e renda. O Plano visa preparar o Brasil para enfrentar nos próximos dez anos, entre 2011 e 2022, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais estão: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial,

câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas⁷⁸. De acordo com o documento, “essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude no Brasil e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis” (Brasil, 2011a, p. 6). Indicadores de mortalidade também presentes nos dados do IBGE, como mencionado anteriormente.

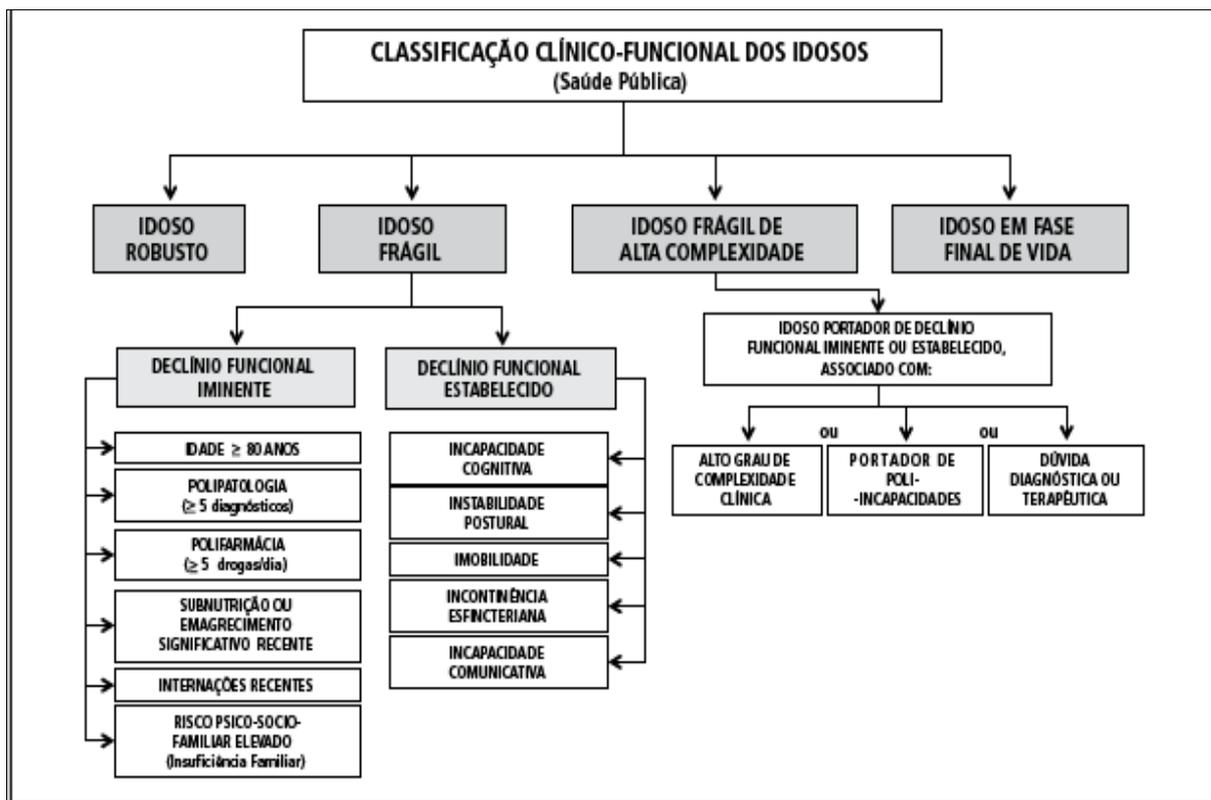
De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006f), o idoso frágil ou em situação de fragilidade é aquele que:

(...) vive em ILPI [Instituições de Longa Permanência para Idosos], encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade (Brasil, 2006f).

Recentemente, o critério etário para identificar o idoso frágil ou em situação de fragilidade foi alterado para 80 anos ou mais de idade. Houve, também, uma classificação com base em critérios clínicos e de “declínio funcional”, visando reconhecer os idosos por uma tipificação que leva em conta um dos objetivos principais das políticas de saúde para idosos: a manutenção da capacidade funcional, como discutido no primeiro capítulo. Assim, determinam-se quatro tipos de idosos: o idoso robusto (independente, autônomo e ativo), o idoso frágil (com declínio funcional eminente ou estabelecido), o idoso frágil de alta complexidade (com declínio funcional associado a outras patologias) e o idoso em fase final de vida, como mostra o gráfico apresentado originalmente na publicação organizada pela OPAS/OMS Brasil (Moraes, 2012):

⁷⁸“O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral” (Brasil, 2011a, p. 7). As principais ações para a promoção de saúde incluem: atividade física, alimentação saudável, tabagismo e álcool, envelhecimento ativo.

Figura 2: Classificação Clínico-Funcional dos Idosos



Fonte: Moraes (2012).

Apesar do conceito de fragilidade ser considerado pelo autor como algo controverso entre pesquisadores e profissionais de saúde, o termo é usado para descrever e identificar o risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte entre idosos. O declínio funcional é visto como “a principal manifestação de vulnerabilidade e é o foco da intervenção geriátrica e gerontológica, independente da idade do paciente” (Moraes, 2012, p.19). Nessa perspectiva, o que é compreendido como declínio funcional torna-se algo que precisa ser evitado por mais tempo possível, pois depois que o idoso apresenta um ou mais critérios definidos torna-se “frágil” e vulnerável.

Assim, questiona-se: será que a trajetória aparentemente linear das incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte traçada para pensar as políticas e ações de saúde não reforça as representações relacionadas à velhice como perdas, dependência e a dificuldade de pesquisadores, profissionais de saúde e da sociedade de modo geral de lidar com esses temas? Uma resposta possível (e provavelmente mais simples) poderia aludir que esses termos e conceitos ligados ao “declínio funcional” fazem parte da política de saúde e são direcionados aos profissionais dessa área e da gerontologia.

Contudo, como discutido no capítulo anterior, as políticas não estão situadas no âmbito do extraordinário, ao contrário, elas estão no cotidiano e colaboram no modo como os indivíduos constroem a si mesmos, suas condutas, suas relações sociais e também as políticas. Os questionamentos surgiram a partir da observação de que alguns dos critérios do MS, da PNSPI, da OPAS/OMS para definir fragilidade e vulnerabilidade. Além do critério etário utilizado para definir o idoso frágil, existem outros como a polifarmácia (o uso contínuo de muitos medicamentos) e as internações hospitalares. Tomando como base tais critérios, seria possível caracterizar a maioria dos participantes do grupo de idosos do posto de saúde da Vila Jardim como frágeis e vulneráveis.

Deste modo, busquei compreender o que era entendido pelos próprios idosos como fragilidade e vulnerabilidade. Será que eles se sentiam frágeis ou vulneráveis após os 80 anos ou por tomar vários medicamentos ou por ter “baixado no hospital”⁷⁹? Quais as experiências cotidianas de vulnerabilidade, em quais situações ou condições se sentiam assim? Em que medida as experiências de fragilidade e vulnerabilidade se relacionavam com a idade ou o envelhecimento?

Uma das questões que chamou minha atenção ao iniciar a pesquisa junto ao grupo de idosos do posto de saúde, foi uma determinada condição de vulnerabilidade atribuída aos idosos pelos profissionais de saúde com relação às doenças, em especial as doenças crônicas não transmissíveis e os acidentes (quedas). Observei que ter a vulnerabilidade como pressuposto implicava em regras e ações preventivas acionadas repetidamente em cada encontro do grupo com o objetivo de ensinar os idosos a conviver melhor com o que eram considerados riscos que essa nova fase trazia para cada um deles e a cuidar de si mesmos⁸⁰.

Portanto, tornou-se fundamental, ao longo da pesquisa, não o questionamento sobre a veracidade do risco ou da vulnerabilidade, mas como estão sendo entendidos por profissionais de saúde e idosos. Nesse sentido, interessava-me saber quais as experiências narradas pelos idosos durante os encontros e como as recomendações e dicas de promoção de saúde trazidas pelos profissionais – por exemplo, de novos

⁷⁹ Expressão utilizada pelos idosos para falar das internações hospitalares.

⁸⁰ A noção de risco tratada aqui se refere ao conceito epidemiológico. Para os epidemiologistas, “risco” seria a probabilidade de que os eventos e danos de doenças acontecem em um grupo populacional (Neves, 2008). No caso, seria a população idosa, grupo vulnerável com maior probabilidade de ser acometido por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas como as quedas. A noção de risco difere-se da noção de perigo, pois o risco prevê uma certa previsão dos acontecimentos. Nesse caso, as ações de prevenção funcionariam como um instrumento de vigilância.

hábitos alimentares, de não sair de casa em dias chuvosos para evitar quedas, de buscar redes de sociabilidade com a vizinhança e a família para evitar a solidão, a depressão e o suicídio— eram percebidas e praticadas (ou não) pelos idosos. Retomarei essas questões nas próximas seções, após apresentar o universo da pesquisa.

3.2. Da “comunidade” a “zona de vigilância”: as mudanças no bairro, no posto de saúde e no grupo de idosos

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), do qual o referido posto de saúde faz parte, é uma instituição de saúde localizada em Porto Alegre e vinculada diretamente ao Ministério da Saúde⁸¹. O GHC possui 4 hospitais e 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), contando com 39 equipes que atuam em vilas e em bairros da zona norte da capital, compondo assim a maior rede pública do sul do país.

A criação do Serviço de Saúde Comunitária no Brasil está vinculada à Saúde Comunitária, movimento de caráter internacional já mencionado no segundo capítulo. Em Porto Alegre, o SSC tem o seu início na década de 1980 juntamente com a criação da residência médica em “Medicina Geral” do GHC. Tanto o SSC quanto a residência foram idealizadas e coordenadas pelo médico Carlos Grossman. Em seu programa estava a ideia de uma formação médica mais humana, voltada para os pacientes, para a família, comunidade e a integralidade da assistência. Grossman e outros técnicos do SSC foram colaboradores na elaboração do Programa Saúde da Família (PSF) - que em seguida tornou-se Estratégia de Saúde da Família. O PSF incorporou vários dos princípios da proposta original do Serviço de Saúde Comunitária (Oliveira, 1998) e o modelo assistencial (modelo da Atenção Básica, equipe multiprofissionais nas UBS, participação da comunidade, entre outras).

Com relação as equipes do SSC do GHC, elas tem caráter multidisciplinar e incluem médicos de família e comunidade, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde (ACS). Afora as atividades dentro dos postos de saúde, estes profissionais também realizam visitas domiciliares (VD) regulares para o acompanhamento dos moradores das áreas atendidas pelos serviços de saúde, incluindo os idosos do grupo etnografado. Além do

⁸¹ Sobre a história e a configuração do GHC, ver Oliveira (1998).

grupo de idosos, vários outros se reúnem em cada um dos postos como, por exemplo, os grupos de gestantes, de tabagismo, de hipertensos e de diabéticos⁸².

Como mencionado no primeiro capítulo, o grupo de idosos se reúne uma vez por semana no posto de saúde com o objetivo de discutir questões de saúde e também de possibilitar a sociabilidade entre os participantes. Os encontros são mediados por uma equipe de profissionais de saúde formada por uma enfermeira, uma assistente social, um(a) estagiário(a) de nutrição e uma agente comunitária de saúde.

Porém, não é a equipe completa que participa dos encontros. Em geral, as profissionais de saúde formam duplas e vão alternando a participação durante os encontros, de acordo com as atividades definidas previamente pela equipe. No dia do bingo, por exemplo, participam a agente de saúde e a estagiária, já o dia da saúde é mediado pela enfermeira e a estagiária (ou a agente de saúde). O cronograma de atividades é elaborado pela equipe no início de cada semestre, mas no cotidiano dos encontros ocorrem algumas recusas por parte dos idosos e mudanças nas atividades que deveriam ser realizadas.

Ao iniciar a pesquisa tive acesso a uma lista de inscritos do grupo que contava com 33 idosos, porém nem todos continuavam frequentando as reuniões semanais e alguns não participavam com regularidade. Soube pelas profissionais de saúde e pelas idosas que alguns haviam se mudado do bairro, outros tinham falecido e existiam aqueles que compareciam às reuniões apenas esporadicamente. Observei que em cada encontro havia cerca de 10 pessoas presentes, a maioria mulheres entre acima dos 70 anos de idade. Durante o período da pesquisa, somente dois homens compareceram regularmente aos encontros do grupo. No final do ano de 2011, o mais velho faleceu.

Nos encontros do grupo, questões referentes às doenças, à morte, à solidão e à relação com a família eram recorrentes indicando que o frequente enfrentamento de tais situações por parte dos participantes faz parte de suas experiências de envelhecimento. É possível que o fato da reunião ocorrer em um posto de saúde favoreça tais questões, mas isso não parece explicar por completo essa recorrência na medida em que mesmo fora do espaço do posto, como observei nas viagens com o grupo ou na visita a casa de

⁸²De acordo com o site da instituição, o Ministério da Saúde baseou-se no Serviço de Saúde Comunitária do GHC para montar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil. Informações disponíveis em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp>> Acesso em: 20 de maio de 2012. Para uma análise mais aprofundada sobre o SSC do GHC e a sua influência na criação da ESF, ver Oliveira (1998).

alguns idosos, as questões sobre esses temas retornavam e tendiam a prevalecer, como discutirei ao longo do capítulo.

O idoso que faleceu durante o período em que realizei a pesquisa junto ao grupo de idosos chamava-se Romeu. Ele estava com 82 anos, morava sozinho, tinha dificuldades de audição, de locomoção e sofria de diabetes. Ia para os encontros toda semana na companhia da filha que ia deixá-lo e buscá-lo no posto. Quando estava se sentindo disposto, ia caminhando devagar com a ajuda dela, outras vezes iam de taxi. Ele usava aparelho auditivo, mas reclamava frequentemente que não funcionava.

Na maior parte do tempo Romeu não ouvia as conversas dos amigos durante os encontros e quando alguém perguntava algo ele apontava para a orelha e fazia gestos indicando que o aparelho não funcionava. Em todo caso, gostava de participar das atividades do grupo, inclusive das viagens para a *Oktoberfest* na cidade de Santa Cruz do Sul/RS. Na tentativa de ajudá-lo a interagir mais com o grupo e não se sentir excluído, a agente comunitária de saúde sentava-se ao seu lado nos encontros e explicava ou repetia em tom de voz alto, próximo ao seu ouvido, o que as pessoas conversavam.

Como sua morte ocorreu durante o verão, período de recesso das atividades do grupo, fiquei sabendo apenas dois meses depois, em meados de fevereiro, por uma das idosas do grupo em visita a sua casa. Noemi havia completado 70 anos um mês antes da minha visita. Sentamos na sala, conversamos sobre a sua família e a construção da casa. Ela mostrou-me fotografias e, em seguida, convidou-me para conhecer a casa e a pequena laje nos fundos com vista para um dos becos que resiste às mudanças no bairro. Estava contente com a minha visita e havia preparado um bolo de chocolate e comprado um refrigerante especialmente para me receber naquela tarde quente de verão.

Devido às conversas nos encontros no posto, sabia que ela e o marido eram diabéticos, então enquanto comíamos perguntei se gostavam de bolos, refrigerantes e doces. Respondeu que gostavam, mas que comiam apenas em ocasiões como aquela. Ao comentar sobre a doença, lembrou-se de Romeu e contou-me do seu falecimento. Lamentou a perda do amigo, bem como o fato de ter tomado conhecimento de sua morte através das profissionais de saúde do posto somente dias depois do enterro. Comentou com tristeza as mudanças nas relações de vizinhança, estranhando como foi possível um vizinho morrer e não haver ninguém para avisá-los. Devido à falta de informação, ela e o marido não foram ao velório e nem ao enterro.

Como exposto anteriormente, as reuniões do grupo ocorrem uma vez por semana no turno da manhã no posto de saúde, localizado na zona norte, distante cerca de dez quilômetros do centro de Porto Alegre. Vale ressaltar que esta área da cidade sofreu grandes modificações nos últimos trinta anos, passando de uma área com presença de construções simples, moradias tipicamente de classes populares e de habitações mais precárias, em becos de ocupação irregular, para uma zona de moradias predominantemente de classes médias altas. Nesse período houve, também, uma grande expansão naquela direção da cidade, incluindo a construção de dois shoppings centers de grande porte (Maraschin, 2008).

Apesar da expansão e especulação imobiliária ter ocasionado a desocupação de casas e migração de moradores antigos para outros bairros da cidade, outros permaneceram. Isso significa que existem grandes diferenças de ordem social e econômica entre os moradores, as residências e os estilos de vida dos que habitam essa área da cidade.

Esta breve descrição é importante para referir as mudanças que ocorreram naquela área da cidade e que são descritas tanto pelos moradores mais antigos quanto em pesquisas antropológicas anteriores, realizadas na década de 90. VÍctora (1991) e Giacomazzi (1997), em suas pesquisas com famílias em um posto de saúde próximo e com características semelhantes, chamam atenção para as intensas transformações que estavam ocorrendo na paisagem urbana do bairro. Provavelmente, essas ruas que dão acesso atualmente ao posto de saúde eram onde, há mais de vinte anos, localizam-se os “descampados” e terrenos desocupados nos quais as crianças brincavam sob os olhos das mulheres da vizinhança e as famílias menos favorecidas tentavam construir suas casas, como vemos descrito nos trabalhos das autoras.

De acordo com Giacomazzi (1997), a população desfavorecida financeiramente dessa área tem uma trajetória de mobilização conjunta com os profissionais dos postos de saúde do bairro e, ao longo dos anos, algumas das reivindicações foram atendidas pelos órgãos públicos. Além disso, em muitos encontros do grupo, principalmente nos primeiros meses do trabalho de campo, ouvi relatos a respeito do empenho de pessoas da comunidade para a conquista do terreno e a construção do prédio onde está localizado o posto atualmente.

Inclusive, alguns dos integrantes do grupo de idosos, juntamente com os profissionais de saúde, participaram, naquela época, de atividades recreativas, como bingos, por exemplo, para arrecadação de recursos para comprar de materiais de

construção, e fizeram doações e mutirões para contribuir com a obra. A médica responsável, a propósito da minha inserção no posto, fez questão de conversar sobre esse assunto, bem como emprestou uma fita VHS onde as lideranças comunitárias e pessoas mais velhas do bairro relatavam a história da construção do posto e ações de saúde na comunidade. Algumas idosas relataram, ainda, a sua participação em um dos encontros em que eu havia levado em câmera filmadora. O material foi oferecido ao posto para se juntar a outros arquivos que contribuem para recontar essa história.

Segundo estes relatos, em 1992 o posto de saúde iniciou seu funcionamento em um imóvel alugado pelo GHC e de estrutura física precária. Em 2000, depois de intensa mobilização por parte da comunidade, em especial de uma liderança da comunidade chamada carinhosamente por todos de Vó Nair, obtiveram um terreno cedido por uma empresa imobiliária a duas quadras de distância do antigo endereço. A construção da sede própria do posto de saúde foi iniciada, logo em seguida, com trabalho, doações e fiscalização diária dos moradores do bairro. A obra foi concluída em 2002, ano que o posto instala-se no novo local.

O novo “postinho”, como são comumente chamados os postos de saúde pelos profissionais de saúde e pelos usuários⁸³, tem características diferentes do anterior. Possui uma área ampla para o atendimento médico e as demais atividades. Além da área externa, conta com a recepção para agendamento e espera de consultas, os consultórios médicos, o ambulatório, os banheiros, as salas para outros profissionais como a assistente social e os estagiários de nutrição, a cozinha, a associação comunitária e a sala grande que reúne os grupos como, por exemplo, o grupo de idosos, de hipertensos e diabéticos, de pessoas com deficiência cognitiva, bem como as reuniões dos profissionais de saúde.

Nesta sala, encontramos uma mesa com uma televisão de 29”, um computador, cartazes informativos, um mural com fotos, uma maquete das áreas atendidas pelo Posto (com as denominadas “zonas de vigilância” marcadas em cores fortes), um espelho, quadros brancos nas paredes, uma mesa, cadeiras dispostas em círculo e uma porta larga que dá acesso aparte lateral do posto.

A estrutura física do posto de saúde e, em especial, da sala reservada aos grupos citados, indica uma mudança na organização do serviço de saúde que privilegia

⁸³A utilização do termo “postinho” por profissionais de saúde e usuários do serviço em outros bairros de Porto Alegre é recorrente, como se pode notar nos trabalhos de VÍctora (1991), Oliveira (1998) e Kessler (2012).

não apenas o atendimento médico, mas amplia a noção de saúde a partir das ações de promoção de saúde. Como discutido no capítulo anterior, a promoção de saúde está imbuída por princípios como a participação da comunidade e tem como um de seus focos os estilos de vida da população.

A história da construção do posto de saúde é relatada recorrentemente e visa retratar a comunhão de interesses entre profissionais e saúde e moradores no início dos anos 90. O termo “comunidade”, usado em parte ainda nos dias de hoje para referir-se à área de abrangência do posto, remete provavelmente a este período de construção dos vários postos do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, que tinha como público alvo uma vizinhança de classes populares presente em partes da zona norte da cidade de Porto Alegre naquela época.

Atualmente, entretanto, observa-se que embora o sentido de vizinhança ainda permaneça, ela se refere principalmente a uma “zona de vigilância”, de acordo com a conceituação epidemiológica. As transformações que ocorreram no bairro neste período podem ser observadas, do mesmo modo, no posto e no grupo de idosos que tem a presença de novos moradores do bairro, além dos antigos. Estes últimos se encarregam de recontar as histórias da formação do grupo e do posto.

O grupo de idosos tem cerca de quinze anos e começou a reunir-se por iniciativa da assistente social que trabalhava anteriormente no local. Há alguns anos ela transferiu-se para outro posto de saúde e o grupo permaneceu se encontrando, mesmo sem a presença de um profissional de saúde que o coordenasse. Em 2008, outra assistente social passou a integrar a equipe de saúde e deu segmento as atividades do grupo de idosos juntamente com uma enfermeira, uma agente comunitária de saúde e um(a) estagiário(a) de nutrição. Formou-se, assim, uma equipe para planejar e coordenar as atividades, seguindo as diretrizes propostas pelas políticas de saúde voltadas a população idosa.

Essa nova configuração, composta por uma equipe que tem como objetivo discutir questões de saúde com os idosos, difere-se do modelo anterior que contava com uma única profissional e no qual os idosos realizavam outras atividades (ou as mesmas, contudo realizadas de outra forma). Um exemplo de atividades que foram extintas são os jogos de bingo, os chás e o chamado “livro de ouro”, que envolviam dinheiro com a finalidade de contribuir no financiamento de passeios e viagens anuais do grupo. A arrecadação e confecção de roupas e agasalhos para serem doadas aos moradores do

bairro menos favorecidos financeiramente, realizadas pelas mulheres que participavam do grupo e da associação comunitária, também se encerrou.

Assim, é para esse contexto de mudanças no bairro, do posto de saúde e nas atividades do grupo de idosos que lanço meu olhar e proponho traçar as conexões entre as relações dos idosos com as atividades propostas pelos profissionais de saúde direcionadas para o grupo que, por sua vez, seguem as recentes diretrizes da política do Envelhecimento Ativo.

3.3. Um “convite para reflexão”: a Cartilha e suas orientações sobre hábitos de vida saudável

Nesta seção proponho apresentar observações registradas durante o trabalho de campo junto ao grupo de idosos em alguns encontros ao longo do ano de 2010. O início da pesquisa coincidiu com o período no qual foram distribuídas as cartilhas elaboradas pela Gerência do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, juntamente com o Ministério da Saúde. A Cartilha do Usuário (2009a) e a Cartilha do Profissional de Saúde (2009b) fazem parte da “Promoção do Envelhecimento Saudável” e têm como título “Vivendo bem, até mais que 100! Orientações sobre hábitos de vida saudável”. As cartilhas foram escritas por uma médica e gerontóloga e por uma enfermeira, ambas do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

3.3.1. Apresentando a Cartilha “Vivendo bem, até mais que 100! Orientações sobre hábitos de vida saudável”

A cartilha é um material didático – pedagógico criado com o objetivo de orientar e auxiliar os profissionais de saúde para o trabalho de prevenção de riscos e mudanças de hábitos entre os idosos. De acordo com a cartilha, ela foi elaborada no formato de “dicas”, na tentativa de traduzir a “linguagem científica” para uma “linguagem coloquial” e, assim, ser facilmente compreendida e seus ensinamentos incorporados pelos idosos. Nesse sentido, informações referentes à saúde, à alimentação, aos medicamentos, aos acidentes domésticos, à cidadania, à espiritualidade são apresentados como um “convite para reflexão”, ou seja, os idosos devem pensar sobre aquelas informações e discutir com o grupo contando com a mediação da equipe de profissionais de saúde.

A proposta da cartilha é que ao final de cada “dica” sejam realizadas atividades sobre o tema, com o intuito de fixar as recomendações para que os idosos aprendam a se “auto-observar” e a desenvolver o “autocuidado”. Desse modo, busca-se cumprir o objetivo mais amplo do Programa de Promoção de Saúde que é modificar “conceitos, opiniões e atitudes do idoso frente ao seu processo de envelhecimento”, pois, com isso, o idoso “será capaz de incorporá-las no cotidiano de forma autônoma realizando a autopromoção do envelhecimento saudável” (Brasil, 2009b, p.9). Em outras palavras, parte do pressuposto de que modificando seus hábitos, comportamentos e visão de mundo sobre o seu processo de envelhecimento é possível que o idoso viva de forma mais “saudável” e, conseqüentemente, viva melhor e por mais tempo.

Esta proposta é construída a partir do discurso biomédico, gerontológico e pedagógico. Segundo as autoras, os conteúdos teóricos e orientações práticas apresentados seguem a perspectiva da Educação em Saúde e enfocam dois aspectos: a abordagem cognitivo-comportamental e os cuidados de saúde recomendados pelo Centre for Evidence-Based Medicine. O primeiro, diz respeito à abordagem cognitivo-comportamental, que combina intervenções cognitivas com o treinamento de habilidades comportamentais, e vista pelos profissionais de saúde como uma ferramenta útil para a mudança de hábitos e estilos de vida. Para as autoras, esta abordagem tem se mostrado útil no sentido de

(...) preparar profissionais para auxiliar os idosos a identificarem as situações de risco e a buscar soluções para os seus problemas, bem como estimular habilidades, prevenir a retomada ou recaída dos hábitos que são prejudiciais a saúde e prepará-los para lidar com o estresse provocado pelas mudanças (Brasil, 2009b, p.16).

Percebe-se, a partir da cartilha, que a abordagem citada acima considera as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento como sendo passíveis de ocasionar situações de risco, problemas e estresse aos idosos. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar preparados para identificar tais situações, contribuir na resolução dos problemas e, ainda, promover a proposta do envelhecimento ativo, expressa através do estímulo das habilidades (autonomia e independência) e da mudança de hábitos (a alimentação saudável, a atividade física, o não uso de tabaco e álcool, etc.).

O segundo aspecto refere-se à Evidence-Based Medicine (EBM). A Medicina Baseada em Evidências pode ser entendida como uma medicina submetida aos ditames do próprio cânone científico, ou seja, ela baseia-se em estatísticas epidemiológicas,

minimização de riscos e maximização de resultados. O exercício da prática médica, seus diagnósticos e tratamentos são baseados em evidências (estatísticas) e não necessariamente em questões culturais ou subjetivas. Assim, as informações sobre cuidados de saúde, hábitos saudáveis e cidadania que constam na cartilha buscam o respaldo das recomendações da EBM.

De acordo com as diretrizes do programa de “Promoção do envelhecimento saudável”, “a ‘velhice’ não é uma doença e sim um processo normal do desenvolvimento que acarreta mudanças no organismo do indivíduo. Dependendo de uma série de fatores, essas mudanças poderão ocasionar algumas doenças ou problemas de saúde” (Brasil, 2009b, p.7). Nesse sentido, o objetivo da discussão da cartilha é “auxiliar” os idosos na compreensão e nas formas de lidar com as situações consideradas frequentes no processo de envelhecimento. A reorganização de hábitos saudáveis, o cuidado de si, o estabelecimento de uma rede social, de acordo com a cartilha, possibilitam um envelhecimento saudável, ativo, com qualidade de vida, mesmo com a existência de alguma doença estabelecida.

3.3.2. “Quem não quer viver até os 100?”

No dia da distribuição da cartilha aos idosos, eu havia chegado cerca de uma hora antes do horário do encontro com o grupo para me apresentar e conhecer a equipe de saúde. Os idosos participantes do grupo já se encontravam na sala de reuniões do posto, para onde nos dirigimos para iniciar as atividades.

Ao entrar na sala, observei a presença de um homem e quatro mulheres sentadas lado a lado nas cadeiras dispostas em círculo. No lado oposto da sala, sentaram as profissionais de saúde que participariam daquele encontro: a enfermeira, a estagiária de nutrição e a agente comunitária de saúde. Nesse primeiro momento, sentei-me próxima às profissionais de saúde. Após alguns minutos, chegaram para se juntar ao grupo outra mulher e um homem trazido pela filha que o ajudava a caminhar.

Depois dos cumprimentos iniciais, a enfermeira iniciou o encontro apresentando as novas participantes: a nova estagiária de nutrição e a antropóloga. Em seguida, fomos convidadas a falar sobre quem éramos e qual seria o nosso trabalho junto ao grupo. Assim, nos apresentamos e respondemos as perguntas de alguns idosos

sobre as especificidades do trabalho, o tempo que pretendíamos permanecer no posto⁸⁴. Enquanto conversávamos, a estagiária de nutrição transcrevia as informações para a ata de reuniões.

De acordo com o cronograma de atividades elaborado pela equipe de saúde para os encontros estava programada, para aquele dia, a distribuição e a discussão da cartilha. A assistente social já havia me entregado um exemplar de cada uma delas, antes do início do encontro. A enfermeira distribuiu a Cartilha do Usuário para os idosos após esse primeiro momento de apresentações. Logo que todos estavam com a Cartilha em mãos, ela explicou que seria escolhido um capítulo para cada encontro do grupo e que iríamos discuti-la durante algumas semanas.

Com isso, ela iniciou a leitura da Cartilha a partir do título: “Vivendo bem até mais que 100! Orientações sobre hábitos de vida saudáveis”. Após a leitura do título, perguntou: “quem não quer viver até os 100?”. Fez-se silêncio na sala. Em seguida, ela refez a pergunta sorridente e enfatizando a sua surpresa com a falta de resposta: “você não quer viver mais de 100?”. As expressões faciais indicavam dúvidas, mas diante da expectativa de resposta para essa segunda pergunta alguns comentários foram surgindo: “talvez”, “quem é que sabe”, “acho que não”, “só se for com saúde, para dar trabalho aos outros melhor não”.

A equipe de saúde questionou porque a maioria não queria viver mais de 100 anos, tendo em vista as diversas experiências, aprendizados, amizades que eles poderiam ainda ter na vida. Tudo isso foi apresentado de forma positivada, sendo reforçado pelo fato de estarem participando do grupo e buscando cuidar da sua saúde. Nesse sentido, a equipe chamou atenção para a importância dos encontros, da relação entre os idosos e o posto e das discussões de saúde como, por exemplo, aquelas possibilitadas a partir da leitura da Cartilha. Contudo, apesar dos esforços da equipe em prosseguir com a leitura e discussão do texto, outras questões surgiram na fala dos idosos, em geral, narrando experiências relacionadas à velhice, que não eram tão positivas quanto aquelas estimuladas inicialmente.

⁸⁴ Um dos questionamentos que gerou interesse do grupo nesse primeiro contato foi a respeito dos motivos de minha migração do Nordeste para o Sul do país, bem como as minhas impressões sobre o Rio Grande do Sul e os gaúchos. Em seguida, queriam saber se pretendia voltar ao Ceará, qual havia sido reação da minha família com relação a minha mudança de cidade e o casamento com um gaúcho, além de questões sobre a culinária regional como, por exemplo, se eu gostava de tomar chimarrão e comer churrasco.

A escolha dos idosos de não ler ou discutir as questões da Cartilha se deu neste encontro e nos que se seguiram, nas semanas subsequentes. Cada vez que a Cartilha era trazida para o grupo, outros assuntos ou questionamentos surgiam e o texto era deixado de lado, às vezes antes mesmo de começar a ser lido. Como ocorreu, por exemplo, no encontro em que estava programada a discussão da 2ª Dica: “Mantenha-se atento à sua saúde”.

Nesse dia, antes de iniciar a leitura, Amélia, 83 anos, comunicou que havia esquecido seu aparelho auditivo em casa e que por esta razão não poderia acompanhar muito bem a leitura do texto e as conversas do grupo. Ela começou a narrar o modo como usava o aparelho, suas vantagens e desvantagens, o seu funcionamento, entre outros comentários. Explicou que, em casa, preferia ficar sem ele, pois gostava do silêncio, mesmo quando estava na companhia dos filhos e netos que moravam em casas construídas no mesmo terreno que a sua. Ressaltou que o seu telefone tinha um volume bastante alto, assim como a sua televisão e não era necessário utilizá-lo e, por este motivo, às vezes saía de casa e esquecia-se de colocá-lo.

Ao trazer o tema da limitação auditiva, os outros idosos começaram a tirar dúvidas sobre a utilização do aparelho na tentativa de ajudar Romeu que, como já mencionado, também possuía esta limitação e nos encontros reclamava do fato de não escutar quase nada mesmo com o uso do aparelho, como presenciado por mim diversas vezes. Após o tema da audição, Amélia relatou sobre a incontinência urinária que vinha sofrendo recentemente, da importância de perceber esse problema de saúde e tratá-lo o quanto antes. Em seguida, alguém lembrou um episódio de roubo ocorrido no bairro e todos começaram a discutir questões relativas à violência.

Depois de alguns meses, a cartilha saiu do cronograma de atividades do grupo de idosos. Não mais se ouviu menção a respeito dessa mudança no cronograma, nem por parte da equipe de saúde, nem dos idosos.

3.4. As recusas, as permanências e as lembranças: o que importa falar e fazer nos encontros do grupo

A discussão da Cartilha, uma atividade recente proposta pela equipe de saúde, deixou de acontecer e não foi lembrada por nenhum integrante do grupo durante os outros dois anos que continuei participando dos encontros. Contudo, outras atividades organizadas pela equipe permaneceram, como o chamado “dia do bingo” e o “dia da

saúde” que ocorrem uma vez a cada mês. Ambas me motivam a refletir sobre a relação entre a experiência dos idosos e as políticas de saúde que recentemente foram incorporadas ao contexto do posto de saúde.

3.4.1. O “dia do bingo”

O “dia do bingo” acontece desde o início do grupo e continuou acontecendo após as mudanças no posto e no grupo, porém com algumas alterações propostas pela equipe de saúde. Anteriormente os jogos de bingo eram organizados pelas idosas, com uma contribuição em dinheiro com o objetivo de arrecadar fundos para os passeios e viagens. A partir da entrada da atual equipe de saúde responsável pelo grupo de idosos, os jogos passaram a acontecer uma vez por mês, numa semana determinada pela equipe, e sob a condição de não envolver dinheiro, apenas brindes como, por exemplo, pequenos utensílios domésticos, em geral de plástico, vendidos a preços populares no comércio local.

A mudança na forma como ocorreriam os jogos desagradou a maioria das idosas do grupo. Isso ocorreu, principalmente, pela falta dos recursos monetários que os jogos de bingo geravam e pela liberdade que experimentavam ao definir os dias que ocorreriam os jogos e as suas regras. Um aspecto que tangencia a arrecadação de fundos é o objetivo que ela tinha: as viagens de final de ano do grupo para cidades com piscinas termais.

As viagens ocorrem desde que o grupo começou a se reunir. A organização - escolher a cidade, o hotel, a empresa de ônibus, convidar as pessoas e juntar o dinheiro necessário para as despesas - movimentava todos os participantes do grupo durante o ano inteiro. Além dos bingos, elas realizavam chás, rifas e o “livro de ouro” que circulavam no posto e também na vizinhança contribuindo, de certa forma, para a sociabilidade como, por exemplo, visitar os vizinhos, os pequenos comerciantes locais, outros grupos para conversar sobre as viagens e angariar fundos.

Quando iniciei a pesquisa as regras dos jogos de bingos já haviam sido modificadas. Soube como eles ocorriam nos anos anteriores pelas conversas com as idosas e também com as profissionais de saúde. O número de participantes no atual “dia do bingo” havia caído consideravelmente, fato que preocupava a equipe de saúde. Nas reuniões de avaliação das atividades do grupo se comentava sobre a questão dos jogos

envolverem dinheiro e a circulação do “livro de ouro” no posto ser algo negativo, pois fugiam do objetivo principal que eram os cuidados de saúde.

Nas conversas com as idosas nos dias do bingo, elas referiam que ganhar brindes não era muito útil, pois todas já possuíam toalhas de rosto, panos de prato, porta-moedas, potinhos de plástico para mantimentos e demais utensílios domésticos. Além disso, muitas se esqueciam de levar os brindes nos dias de jogos e eles tornavam-se cada vez mais escassos e repetidos.

Manuela, 70 anos, era a mais crítica com relação as mudanças, pois estava à frente da organização desde o início junto com a antiga assistente social do posto. Acreditava que havia se tornado mais difícil para as pessoas conseguirem viajar, porque não conseguiam juntar o dinheiro por conta própria durante o ano e as mudanças tinham desmotivado o grupo a se organizar. Nos últimos anos, poucas pessoas do posto viajavam e ela, que continuava a frente da organização, tinha que procurar outros grupos de idosos, além de ampliar o convite para que o ônibus alugado tivesse todos os assentos preenchidos.

Acompanhei uma dessas viagens, durante a segunda semana de dezembro de 2011, à cidade de Treze Tílias em Santa Catarina. Apenas 3 idosas do grupo e eu confirmamos a participação na viagem. Infelizmente, Manoela, que havia trabalhado na organização com empenho e entusiasmo durante vários meses, teve alguns problemas de saúde e por recomendação médica não viajou. As outras pessoas faziam parte do grupo de idosos de outro posto de saúde do GHC, no qual trabalhava a antiga assistente social.

As viagens para locais mais próximos e com menos custos mobilizavam o grupo e, principalmente, outros idosos do bairro que não participavam dos encontros semanais, mas que eram assíduos nas atividades fora do posto. As viagens à Santa Cruz do Sul durante a *Oktobefest*, organizadas pelas profissionais de saúde do posto, agregavam praticamente todos os idosos do grupo, as profissionais de saúde (inclusive algumas que não faziam parte da equipe de saúde do grupo de idosos) e o restante das vagas no ônibus era ocupadas por outros idosos da área atendida pelo posto de saúde.

Como referido antes, a frequência nos encontros estava sendo considerada baixa e um reduzido número de idosos era percebido também no “dia do bingo”. Não era todo mês, no dia programado para o bingo, que eles queriam jogar. As profissionais de saúde tinham outros jogos como jogo da memória, dominó, jogos de cartas e os ofereciam na tentativa de continuar com a atividade programada. Nem sempre a

proposta era aceita e preferiam jogar um pouco e depois conversar ou irem para casa mais cedo preparar o almoço.

Recordo um desses “dia do bingo”, ocorrido em junho de 2011. Nesse encontro, havia poucos participantes e eles preferiram conversar sobre alguns problemas pessoais ao invés de jogar. Entre os participantes estava Antônio, 65 anos, um frequentador assíduo do grupo. Após a morte de Romeu, ele foi o único homem do grupo e passou a ser chamado carinhosamente de “bibelô” pelas amigas de grupo. Ele gostou bastante do apelido e fazia questão de mencionar quando alguma novata chegava para participar do grupo ou quando conhecia alguém em atividades que ocorriam fora do posto de saúde: “eu sou o bibelô do grupo, como sou o único homem agora, elas me chamam de bibelô”, dizia sorridente.

No decorrer da conversa no referido encontro, Antônio falou sobre o suicídio de sua mãe e o sentimento de culpa que o acompanhava. O sentimento de culpa, segundo seu relato, se deu pelo fato dele ter comprado durante muitos meses os remédios prescritos pelo médico para sua mãe e que a levaram à morte. Ela havia planejado suicidar-se e, ao invés de tomar os remédios, os guardava, tendo ingerido certo dia uma grande quantidade deles de uma vez só. Ele revelou que era a primeira vez que falava sobre esse assunto em muitos anos. Todas ficaram sensibilizadas com o desabafo de seu Antônio e o assunto foi comentado com tristeza em outros encontros.

3.4.2. O “dia da saúde”

O “dia da saúde” começou a ser realizado mais recentemente. Ele é um encontro mensal, também programado pela equipe para prestar orientações específicas sobre nutrição, diabetes mellitus e pressão arterial sistêmica. Para isso, a enfermeira e a estagiária de nutrição executam procedimentos, tais como: medir o nível de glicose no sangue, aferir a pressão arterial, medir a estatura, pesar e calcular o índice de massa corporal (IMC) dos idosos.

A partir disso, pode-se especular em que medida os profissionais do posto ao introduzirem o “dia da saúde” encontraram uma forma mais adequada para conversar sobre os enfrentamentos de problemas de saúde dos idosos nas reuniões do grupo. Mas não há dúvidas de que as questões mais recorrentes trazidas pelos idosos para as reuniões dizem respeito aos seus filhos, à vizinhança, a doenças e a morte de parentes ou conhecidos. Independente do tema escolhido pela equipe para ser discutido nos

encontros, ou enquanto aguardam a sua vez para realizar os procedimentos clínicos do “dia da saúde”, essas questões são comentadas por uma idosa ou um idoso e essa conversa será priorizada pelo grupo.

Para exemplificar recordei um “dia da saúde”, em agosto de 2011, “o dia que eles mais gostam”, segundo as profissionais de saúde. Observei que enquanto a enfermeira e os dois estagiários de nutrição faziam os procedimentos de aferir pressão arterial, glicose, peso e altura, os idosos conversavam sobre o cotidiano. Nesta ocasião, contavam as novidades sobre os familiares e vizinhos; falavam de alguém que ficou doente ou que deixou de frequentar o grupo; relatavam algumas dores no corpo; e falavam sobre remédios que o médico havia receitado na última consulta.

Maria P., 85 anos, sentada ao meu lado enquanto aguardava ser chamada pela enfermeira, comentou sobre a doença de Alzheimer que acometeu seu marido. Não era a primeira vez que ela falava sobre ele, sobre a difícil experiência da doença de Alzheimer e sua luta para cuidar dele nos cinco anos em que viveu com a doença, a morte por acidente vascular cerebral (AVC) e seu sofrimento durante todo esse processo. Nas suas palavras, registradas posteriormente no diário de campo:

Ele não lembrava mais de ninguém, às vezes nem de mim, é uma coisa muito triste, a gente casado mais de cinquenta anos e ele não me reconhecia, nem os filhos ele também não sabia mais, ele só falava de morto, só morto, aquilo me dava medo, mas era porque ele só lembrava de gente da infância dele que já estavam mortos, né? Essa é uma doença muito triste, vai acabando com a pessoa aos poucos, não o físico, porque ele não tinha nada, mas o negócio é a cabeça da pessoa. Ele não podia ficar sozinho um minuto e eu cuidei dele o tempo inteiro até ele morrer. (...) É, menina, a gente paga caro para envelhecer.

Segundo ela, antes de falecer, seu marido começou a fazer hemodiálise e, em seguida, morreu por conta de um AVC. Contou-me, ainda, sobre os inúmeros tratamentos psicológicos e psiquiátricos pelos quais foi submetida nos últimos doze anos por conta dessa experiência.

A doença de Alzheimer está ligada, entre outras coisas, a perda de autonomia do indivíduo e também ao conceito de “pessoa”, tendo em vista que os comportamentos da pessoa acometida pela doença são muitas vezes percebidos como não sendo “dela”. Em diversos casos, como os citados no trabalho de Leibing (1999), a partir de um determinado momento a doença se manifesta despercebida e quando parentes e amigos relembram os acontecimentos, quando “olham para trás”, veem que já não se tratava

mais da pessoa em sua “verdadeira essência”, ou seja, ela havia se tornado uma não-pessoa⁸⁵.

Pode-se perceber uma dificuldade, principalmente na fase inicial da doença de Alzheimer, de reconhecer ou mesmo aceitar que o indivíduo está adoecendo. Não pretendo analisar os sintomas e possíveis causas atribuídas ao desenvolvimento desta doença⁸⁶, o que interessa no momento é pensar a questão da autonomia que está relacionada a esse processo. Segundo Doll e Karl (2006), a perspectiva potencial da perda do controle cognitivo atinge o ser humano com base em um dos fundamentos da “modernidade reflexiva”, na obrigação de supervisionar permanentemente sua vida através da auto-reflexividade.

O indivíduo, ator consciente no mundo moderno, precisa dar conta dos diferentes aspectos da realidade social através de um esforço intelectual próprio. Isso se apresenta diferente no caso da demência. O projeto de autonomia (capacidade de decidir sobre seus objetivos pessoais), bem como o de independência (capacidade de realizar tais objetivos sozinhos), ou seja, as questões fundamentais da proposta da “qualidade de vida” da pessoa idosa e de um envelhecimento ativo e saudável tornam-se inviabilizadas.

Na experiência atual do envelhecimento pautada pela autonomia e independência, o indivíduo se depara com uma situação de doença contrária a isso, causando diversas sensações adversas naqueles que convivem com alguém acometido pela doença de Alzheimer, inclusive o sentimento de impotência e fragilidade diante de uma doença que ainda não pode ser curada.

Nesse sentido, as narrativas sobre as experiências da migração do interior para Porto Alegre, a chegada ao bairro, o trabalho, a criação e educação dos filhos, o casamento, a morte do marido ou familiar, a experiência da doença – seja como doente ou cuidador –, a participação na construção do posto, preenchem os encontros do grupo. Esses temas retornam, na medida em que eles insistem em falar sobre isso, contam e recontam as histórias e, desse modo, escapam da programação e vão organizando um cotidiano repleto de significados.

Quando o assunto nos encontros diz respeito à participação na comunidade e a construção do posto, cada um tem uma história para contar sobre tijolos, uma porta ou

⁸⁵ Para uma discussão sobre o conceito de pessoa na Antropologia, ver Mauss (2003), Dumont (1985) Duarte (2003).

⁸⁶ Sobre essa questão ver Leibing (1999).

maçaneta que compraram e levaram até a obra, bem como a visita aos estabelecimentos comerciais do bairro em busca de doações de material de construção. Pode-se perceber, a partir dessas narrativas, um forte sentimento de pertencimento e um orgulho de ser morador do bairro. Assim, além de falarem sobre o que fizeram pessoalmente durante todo esse processo, narram também a participação dos outros moradores da comunidade.

Fragmentos das trajetórias do grupo vão surgindo e possibilitando a ordenação do mosaico de relações sociais, reciprocidade e sentidos atribuídos aquele espaço. A partir desses fragmentos reorganizados no ato da narrativa, é possível compreender como os indivíduos produzem e transmitem conjuntos de significados sobre o território urbano que habitam. Desse modo, o “viver a cidade” torna-se parte fundamental da construção de um tempo coletivo urbano (Eckert e Rocha, 2001).

Uma das personagens principais da história do grupo e do bairro é Vó Nair, referida em seção anterior. Ela é considerada uma liderança da comunidade, inclusive sendo homenageada pela Associação Comunitária do bairro que recebeu seu nome. Esteve à frente da fundação e das atividades da Associação por muitos anos como, por exemplo, nas atividades assistenciais e mobilizações para melhorias relacionadas à infraestrutura na comunidade, além de ter participado, ativamente, das negociações para conseguir o terreno e de todo o processo que culminou na construção da nova sede do posto de saúde.

Durante o ano de 2010, as lembranças a respeito de sua trajetória de “luta” ficaram mais recorrentes. Cerca de dois anos antes, Nair começou a apresentar sintomas da doença de Alzheimer e em 2010 houve um rápido avanço da doença que a afastou de todas as atividades as quais ela participava na comunidade, inclusive do grupo de idosos e da presidência da Associação Comunitária. As idosas do grupo, amigas de longa data, bem como muitos profissionais de saúde do posto que contaram com o seu apoio em diversas ações no bairro, comentavam nos encontros do grupo e também fora dele, num misto de surpresa e lamento, sobre as suas condições de saúde.

Nair morreu no final de 2010, mas se continuou falando sobre ela. Numa tentativa de reorganizar a experiência da morte e da doença dela - que, de algum modo, causou sofrimento nos outros, seja pela experiência de ter um familiar doente, de ser cuidador ou de teme-la - passaram a reconstituir a “pessoa” naquele indivíduo, a lembrar de quem ela era e o seu trabalho de liderança na comunidade.

Por outro lado, a chegada da família na cidade e no bairro, a criação dos filhos em Porto Alegre e naquele bairro especificamente estão também presentes nas narrativas da maioria dos idosos do grupo tanto nos encontros no posto, como em outras ocasiões as quais discutirei a seguir.

Antônio, o chamado “bibelô” do grupo, mora com a esposa e duas filhas num dos becos do bairro. Nos encontros do grupo no posto, contou-me mais de uma vez sobre a sua vinda com a esposa para o bairro: “Eu vi que aqui era um bairro bom, tinha uns terrenos desocupados e eu vim olhar, depois eu disse [para a esposa]: ‘é aqui que a gente vai morar, nós vamos pegar um terreno desse e construir nossa casa’”.

Em outro momento, relembra como eles trabalharam muito, às vezes em mais de um emprego, para conseguir criar bem os três filhos apesar de morar em um local que durante alguns anos foi considerado perigoso e marginalizado:

Eu criei meus três filhos aqui, o guri casou e não mora mais comigo, as duas gurias moram, elas cuidam muito de mim, sempre ligam do serviço durante o dia e perguntam ‘tudo bem por aí, velho?’, ‘como é que tu tá, velho?’. Meus filhos são muito bons, tive muita sorte, formei dois e, se Deus quiser, vou formar a mais nova agora em Direito igual o irmão dela, ela está indo nos passos do irmão, já a outra é fonoaudióloga, meus filhos todos são boas pessoas, trabalham o dia inteiro, as gurias só chegam em casa de noite para tomar um banho, comer alguma coisa e dormir e no outro dia bem cedo começar tudo de novo, né? (...) e eu fico pensando que eu formei os três ali na Israel, sabe a Israel, né?.

Ocorreram diversas transformações no bairro nas últimas décadas e, como já tratado neste capítulo, elas modificaram casas, ruas, relações de vizinhança, alguns moradores foram embora, novos chegaram e outros permaneceram. Antônio é um desses moradores que presenciou as transformações e resiste com a esposa e as filhas num dos poucos becos que ainda existem no bairro. Da laje da casa de Noemi é possível ver o beco e suas casas que fogem da ordenação simétrica das ruas e da verticalização do restante do bairro.

3.5. As narrativas das idosas fora do posto de saúde e outros agenciamentos

Como mencionado ao longo do capítulo, além dos encontros semanais no posto, as profissionais de saúde organizam passeios em Porto Alegre e viagens de um dia para Santa Cruz do Sul no mês de outubro por ocasião da *Oktoberfest*. Manoela e a

assistente social de outro posto organizam viagens de uma semana para cidades de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul que oferecem hotéis com piscinas termais.

Semelhante ao que ocorre nos encontros no posto, nesses outros locais as conversas e a sociabilidade dos participantes giram em torno dos temas que para eles são importantes como família, trabalho, saúde/doença e o próprio posto e o contexto no qual ele está inserido, como proponho discutir nesta seção.

No dia 13 de outubro de 2010, acompanhei o grupo para o município de Santa Cruz do Sul. A programação da *Oktoberfest* neste dia destinava-se a “Maturidade Ativa”, então, o grupo do posto e tantos outros grupos de idosos de todo o estado, organizaram-se para participar do evento. Um ônibus alugado saiu pouco antes das 9h da manhã do posto com trinta e sete idosos, cinco profissionais de saúde da unidade e eu, totalizando quarenta e três pessoas. Como a viagem durou o dia inteiro (retornamos por volta de 20h), houve muitas conversas no ônibus, paradas para lanches e utilização de banheiros, o almoço num restaurante em Santa Cruz e os passeios pelo parque da *Oktoberfest* que ocorreram durante à tarde.

No ônibus, antes de chegarmos à cidade, as profissionais de saúde sugeriram a divisão dos idosos em pequenos grupos de três a cinco pessoas e dividiram-se de modo a que cada uma acompanhasse um grupo. Assim, facilitaria o deslocamento deles pelo local e evitaria que alguém se perdesse. Perguntaram se eu poderia acompanhar um dos grupos pelos passeios no parque e respondi afirmativamente.

Fiquei com um pequeno grupo de mulheres que converso com mais frequência nos encontros do posto. Depois de andarmos por todo o parque, observando as exposições de flores e as feiras de artesanato, comprando cucas, queijos coloniais e salames nas bancas de alimentação, decidimos fazer uma pausa para descansar. Sentamos debaixo de uma tenda para tomar água e sorvete, pois a tarde de primavera estava quente e ensolarada.

Maria F., 87 anos, nascida em Bento Gonçalves, começou a conversa perguntando se eu gostava de morar no Rio Grande do Sul, porque escolhi mudar de cidade e sobre o meu trabalho. Antes que eu respondesse todas as perguntas, ela começou a contar sobre a sua mudança para Porto Alegre.

Em meio ao barulho das bandinhas de música e das conversas das pessoas que se apertavam para conseguir um lugar a sombra para sentar, ela contou-me que mudou de cidade com o marido e os quatro filhos ainda crianças há muitos anos, pois sua filha mais nova era muito pequena nessa época e hoje está com mais de cinquenta anos.

Meu marido disse que não ficava mais lá, que se eu quisesse podia ficar, mas que ele vinha embora para tentar coisa melhor por aqui. Então, a gente veio tudo com os quatro filhos. Aqui tem muito mais oportunidades, né? Foi uma boa coisa essa que fizemos, pois nossos filhos estudaram, lá não tinha nada de estudo e também não tinha trabalho. Foi uma pena meu marido ter morrido antes de ver os filhos crescerem na vida, quando ele morreu eles não estavam tão bem como estão agora. Os rapazes casaram e as moças não quiseram nunca casar e moram comigo até hoje [sorri e pergunta como é o casamento lá de onde eu venho e se as pessoas querem casar]. (...) E foi assim, cada um foi trabalhando numa coisa, mas às vezes não gostava ou não dava certo. Até que uma das minhas filhas foi trabalhar numa imobiliária e viu que imobiliária era bom, dava dinheiro, aí ela falou para os irmãos e ela junto com outro resolveram abrir uma imobiliária deles, depois os outros dois foram trabalhar lá também. Cada um foi vendo que dava certo e foi entrando também. Eles trabalham tudo junto e isso é muito bom.

Maria F. contou-me ainda sobre a sua casa, as mudanças no bairro e a amizade com Maria P., sua vizinha por mais de 50 anos. As duas costumavam encontrar-se com frequência para tomar chimarrão, conversar e ir às atividades do Grupo de Mães na igreja do bairro. Mesmo com a mudança de Maria P. para outro bairro, após a morte de seu marido, as duas continuam se encontrando no grupo de idosos do posto e se falando por telefone com frequência.

Escutei em diversos momentos - nos encontros do grupo, nas viagens e em sua casa - as narrativas de Maria P. a respeito do tempo em que viveu naquele bairro com seu marido e filhos. Foram 53 anos de convivência na mesma casa, “foram os melhores anos da minha vida” como gostava de enfatizar.

Fui com o meu marido e os meus filhos pequenos e eles se criaram e se formaram ali naquela casa (...) a gente deixava de comprar uma roupa nova - porque mulher mais jovem gosta de sempre comprar roupa nova - para colocar na casa, uma pintura, aumentar uma coisa, é que nem um filho que a gente vai criando...

Contou-me que se mudou do bairro por conta do medo de assaltos, pois ladrões entravam com frequência no pátio de sua casa, “roubaram tudo, cadeiras, vasos e até o arame”. No último assalto, abordaram seu filho, com um revólver, na porta da residência quando ele foi visita-la. Após o episódio, os filhos argumentaram que o bairro estava muito perigoso, que ela deveria sair e que nenhum deles queria mais visita-la. Então, ela aceitou deixar o imóvel, “meu filho e minha neta ajeitaram tudo para a venda da casa e a compra do apartamento”. Na visita que fiz ao seu apartamento, ela lembrou a venda da casa, contou-me com tristeza sobre os móveis e outros objetos que teve que deixar para trás, tendo em vista que não caberiam na nova residência.

Revelou-me que demorou a se acostumar a viver no apartamento, em um espaço reduzido e com apenas uma janela na sala com vista para outros apartamentos. Sente falta do pátio de sua antiga casa, da luminosidade que entrava pelas janelas, de observar com mais facilidade o movimento da rua e o céu, das relações de vizinhança. Apesar disso, acredita que a mudança foi a melhor opção, pois não queria preocupar e nem “dar trabalho” aos filhos e netos.

Maria P. é a única idosa que, embora morando em outro bairro, continua indo semanalmente para os encontros do grupo no posto. É uma das participantes mais antigas e assíduas, inclusive nos passeios e nas viagens. Durante o tempo que acompanhei o grupo no posto de saúde e nas viagens, ela esteve presente na visita a Fundação Iberê Camargo e no piquenique realizado em um parque em Porto Alegre, bem como nas três viagens a *Oktoberfest* e na viagem a Treze Tílias/SC.

Nesta última, ficamos hospedados no mesmo quarto do hotel por uma semana. Ela tem dificuldades para caminhar, mas como os médicos dizem que ela “não pode ficar parada” faz o possível para realizar caminhadas, tanto próximo de sua casa quanto nos locais para onde viaja. Maria P. mora sozinha num pequeno apartamento e conta que prefere realizar pequenas compras diárias já que reside próximo a um grande supermercado. Assim, aproveita para fazer “a caminhada” sugerida pelos médicos indo de sua casa até o supermercado. Como compra um pouco a cada dia, consegue carregar as sacolas sozinha, “caminhando devagarinho”.

Caminhar nem sempre é uma atividade simples ou prazerosa para as idosas do grupo. As recomendações de atividades físicas feita pelos profissionais de saúde e a prática de alguma dessas atividades pelos idosos são negociadas constantemente no cotidiano. Em um dos encontros do grupo cheguei mais cedo e fiquei aguardando os idosos na área externa do posto. Minutos depois encontrei Maria P. e, em seguida, Maria F. que já se aproximou relatando que estava com dor nas pernas e não havia conseguido completar o percurso de sua casa até o posto de saúde a pé e teve que pegar um táxi na metade do caminho. A amiga, Maria P., que precisa pegar ônibus e andar um pouco para chegar ao posto disse: “É, os médicos falam que a gente tem que andar, tem que caminhar, tem que sair de casa, andar pra lá, andar pra cá, mas eu queria ver se eles tivessem as nossas pernas, queria que eles experimentassem, sentissem como é andar com essas pernas”. Maria F. riu do comentário e concordou dizendo: “eu queria ter as pernas de 40, de 50 ou até as de 60”. As duas concordaram que gostaria de voltar a caminhar como quando tinham 60 anos.

Na semana em que estivemos em Treze Tílias, ela realizava as caminhadas no início da manhã, logo após o café e convidava-me para acompanhá-la. Caminhamos todos os dias por cerca de duas quadras, aproveitando para conhecer um pouco a pequena cidade fundada por imigrantes austríacos. Dividir o quarto e aceitar o convite de Maria P. para caminhar me possibilitou uma interessante aproximação não com a experiência de andar com pernas como as dela, mas de perceber um tempo diferenciado para realizar tarefas tão básicas e cotidianas que, por vezes, não conseguimos estranhá-las. Caminhávamos de braços dados, o que dava mais firmeza e equilíbrio aos seus passos, e levávamos cerca de 1 hora para percorrer duas ou três quadras. No retorno ao hotel, era necessário descansar um pouco antes de seguir para outras atividades como os banhos de piscina ou a roda de chimarrão.

Como mencionei no primeiro capítulo, a partir das considerações de Das (2007), os agenciamentos dos sujeitos não estão necessariamente expressos em momentos extraordinários como, por exemplo, na participação em movimentos sociais ou políticos. Eles fazem parte do cotidiano, a exemplo de quando uma mulher de 85 anos com dificuldades de locomoção sai de casa sozinha para fazer suas compras no supermercado e se sente bem ao voltar para casa carregando as sacolas sem necessitar pedir a ajuda de outras pessoas.

Do mesmo modo, podemos considerar como agência a ação da idosa de 87 anos que acorda cedo da manhã para ir ao encontro de um grupo de idosos e, apesar de sentir-se insegura em atravessar avenidas com intenso movimento de carros e sinalização inadequada, segue o planejamento que fez para aquele dia esforçando-se para conseguir completar o percurso de ida e volta a pé. Outro fator que pode ser assim considerado está na recusa do grupo em discutir os temas de saúde a partir dos materiais propostos pelas profissionais de saúde e na insistência em nortear a discussão a partir de suas experiências cotidianas.

3.6. Os encontros e os desencontros entre as perspectivas de idosos e de profissionais sobre saúde e “viver bem até mais de 100”

Nesta última seção, retomo algumas questões que foram levantadas ao longo do capítulo a fim de refletir sobre como e onde as perspectivas dos idosos e dos profissionais de saúde se encontram e/ou se tensionam na atualidade. A partir da participação nos encontros do grupo de idosos, percebi que existe uma diferença entre a

perspectiva do posto no que diz respeito às questões que devem ser abordadas e discutidas nos encontros e a perspectiva dos idosos no que se refere a sua participação, o que querem conversar e compartilhar com o grupo.

Um dos pontos de encontro parece ser uma determinada história compartilhada sobre o passado e, nesse sentido, a noção de vizinhança de outrora permanece nas lembranças do trabalho coletivo para a construção do posto de saúde e nas referências constantes à família. A “comunidade”, a ‘vizinhança’, a “área de abrangência” e a “zona de vigilância”, se misturam nas perspectivas dos profissionais do posto e dos idosos configurando um ponto comum de interesse e de realização de um projeto de trabalho conjunto. Este projeto fala de afetos e de valores que se encontram e se atualizam nas reuniões semanais, mas também nas viagens, nas festas e nas comemorações realizadas ao longo dos anos pelos participantes.

Por outro lado, esta conjunção de interesses parece bem menos nítida quando se considera a busca por parte dos profissionais da saúde de promover mudança de hábitos e comportamentos dos idosos em prol da chamada qualidade de vida pelo maior tempo possível e com menores custos para o sistema de saúde. A vigilância e as recomendações relacionadas à alimentação e aos exercícios físicos são aceitas naquele espaço de saúde, mas existe uma diversidade de formas encontradas para incluí-las no cotidiano, de acordo com o contexto em que vivem.

Outro ponto diz respeito de afastamento entre as perspectivas refere-se a condição de vulnerabilidade atribuída pelas profissionais de saúde e o que os idosos narram sobre momentos em que se sentiram vulneráveis. As preocupações da equipe de saúde estão voltadas para a prevenção de doenças as quais os idosos podem estar mais suscetíveis e, particularmente, o cuidado com as quedas em ambientes externos. Por isso, a recomendação é que eles, em dias de chuva, procurem não sair de casa, inclusive, os encontros do grupo são cancelados. Contudo, alguns vão aos encontros em dias chuvosos. Ouvi relatos sobre o tempo em que ficam sozinhos em casa ou sem ter com quem conversar, sendo aquele o único momento da semana que encontram os amigos para “falar da vida”. Presenciei encontros em que apenas uma ou duas idosas foram ao posto. Para elas não estava chovendo muito e não havia razão para ficarem em casa durante toda a manhã.

Perguntei a agente comunitária de saúde que acompanha o grupo se houve alguma queda entre os idosos em dias de chuva durante os anos em que realizam os encontros, tendo em vista que esse tipo de recomendação parte da recorrência com que

ocorrem determinados agravos. Ela respondeu que eles continuam saindo de casa quando chove e que, felizmente, entre os participantes do grupo não havia queixas de quedas na rua, apenas em casa.

Percebi que as experiências de vulnerabilidade dos idosos estão relacionadas a outros aspectos que não dizem diretamente respeito aos critérios do “idoso frágil”, como apresentado anteriormente. Não é a possibilidade de queda, a queda em si ou alguma doença existente que os preocupa a ponto de escolherem não sair de casa. Sentir-se frágil ou vulnerável pode estar ligado à experiência de envelhecer e de ser considerado velho e não necessariamente a quedas, doenças, limitações físicas ou internações.

Na visita a Maria P., enquanto esperávamos o horário do almoço, ela contou-me com um misto de tristeza e vergonha a respeito da queda que sofreu na rua, a caminho da igreja que fica próximo à sua casa. Era um domingo pela manhã, a rua estava vazia por que ainda era cedo. Como sempre costumava fazer, saiu de casa com antecedência para caminhar devagar até a igreja e não atrasar-se para a missa. Tomou os cuidados necessários para atravessar a avenida e seguiu caminhando pela calçada até que, de repente, desequilibrou-se e caiu.

Não era a primeira vez que caía, mas foi a primeira que não conseguiu se levantar sozinha. Como a rua estava pouco movimentada, sem nenhum pedestre para ajudá-la, ela ficou no chão por alguns minutos. Uma mulher que dirigia em baixa velocidade percebeu, parou o carro e desceu para socorrê-la. Tentaram de todas as formas, com toda a força que tinham, mas não conseguiram que ela levantasse. Algum tempo depois, viram um homem cruzando a rua e ele conseguiu colocá-la de pé.

Ela disse aos dois que estava tudo bem, que não havia motivos para se preocuparem e fingiu seguir para a igreja. Mas, na verdade, ela sentia dor e o seu corpo tremia, então foi caminhando de volta para casa. Contou-me que “segurou os sentimentos” durante o percurso, mas que ao entrar em casa chorou bastante. Não era a queda ou a dor nas pernas que estavam machucadas que a fizeram chorar, e sim o fato dela não ter conseguido levantar sozinha. Naquele instante, percebeu algo em seu corpo que até então não tinha notado e revelou: “nunca tinha me sentido tão vulnerável na minha vida”. Ela sentiu muita vergonha e preferiu não contar para ninguém, exceto para mim naquele dia.

Busquei, neste capítulo, chamar atenção para as diferentes perspectivas referentes a saúde, doença, fragilidade ou vulnerabilidade, a partir especialmente das narrativas dos idosos e de suas negociações cotidianas com os profissionais de saúde.

Isso não significa dizer que os idosos não se incomodem com as doenças que os acometem nesta fase da vida, que não buscam ajuda médica para suas dores ou que recusem qualquer tipo de intervenção profissional sobre seus problemas de saúde.

Mas, como se evidenciou no caso da recusa implícita do grupo de debater a cartilha, as prioridades dos idosos e suas experiências parecem se situar em um outro tempo – o passado – e espaço – a família e a vizinhança, que são recorrentemente referidos por eles. As transformações que ocorreram no bairro e no posto não se deram apenas sobre o espaço físico de ruas, casas ou salas de atendimento médico. As relações de vizinhança, as conquistas, as perdas, os corpos e a política de saúde também mudaram ao longo do tempo, marcando de forma indelével a história coletiva e pessoal de cada um. Nesse sentido, a ideia de “viver bem” – não necessariamente – “até mais de 100!” precise, antes de tudo estar referenciada nessa história.

CAPÍTULO 4

As Conferências de Direitos dos Idosos: as formas de mobilização e de participação dos idosos

Começo o presente capítulo retomando o objetivo geral desta tese: compreender como as quatro diferentes esferas pesquisadas (os documentos da política, o grupo de idosos do posto de saúde, as Conferências de Direitos e as ações da Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos do Ministério Público/RS) - cada uma delas com agentes e níveis diversos - conectam entre si aspectos relacionados à saúde e às políticas públicas voltadas para a população idosa.

A partir dos dados etnográficos apresentados no decorrer dos capítulos, identifiquei a participação dos idosos enquanto um aspecto fundamental para pensar sobre tais conexões. Além disso, a participação dos idosos em diferentes níveis e esferas contribuiu para a compreensão dos modos de envelhecer e dos agenciamentos cotidianos, que também fazem parte dos questionamentos levantados nesta tese.

A participação dos idosos na vida econômica, social, cultural e política é amplamente recomendada em documentos internacionais e nacionais, como o Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de Madri (ONU, 2003b), o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003c), a Política do Envelhecimento Ativo (WHO, 2005), a Política Nacional do Idoso (Brasil, 2010), entre outros.

A implementação das políticas públicas e dos programas voltados à população idosa é resultado de recomendações e diretrizes discutidas por organizações nacionais e internacionais, bem como da articulação entre vários órgãos do Estado e da sociedade civil. Um aspecto importante relacionado a esta articulação diz respeito à organização e a gestão das políticas públicas, que deve contar com a participação ativa da sociedade civil. Esta, por sua vez, deve formular e opinar sobre as ações, projetos e programas, bem como fiscalizar sua execução.

De acordo com o que tratei no segundo capítulo, a inserção das questões referentes ao envelhecimento no contexto internacional dos Direitos Humanos traz como princípio básico a participação dos idosos em todos os âmbitos da vida social e, como objetivo das políticas nacionais, assegurar os direitos sociais e da cidadania dos idosos prevendo a sua participação na organização e gestão de políticas públicas.

Tendo em vista esse contexto, proponho neste capítulo discutir a participação das pessoas idosas na esfera pública, mais especificamente em espaços coletivos constituídos para dar visibilidade política ao grupo e reivindicar direitos sociais. Talvez, um dos espaços mais legitimados pela própria política, sejam as Conferências de Direitos dos Idosos e os Conselhos de Direitos que se fundam como órgãos representativos, deliberativos, consultivos e que agregam diferentes agentes na defesa dos direitos desse grupo, motivo pelo qual eles serão privilegiados na presente análise.

Os Conselhos de Direitos dos Idosos trabalham para garantir os direitos sociais da população idosa e, após sua constituição legal, passaram a agregar representantes de grupos, órgãos e entidades que, até então, agiam separadamente como, por exemplo, os aposentados, as instituições de abrigamento (Instituições de Longa Permanência para Idosos, asilos, casas geriátricas etc.), os grupos de convivência, os geriatras, os gerontólogos e o Estado.

As ações dos Conselhos de Direitos estão voltadas tanto para a fiscalização das políticas públicas - o “controle social” -, quanto para promover a participação dos idosos na discussão e na elaboração de propostas para as políticas públicas. Assim, cabe aos Conselhos a organização das Conferências de Direitos, de acordo com suas instâncias de atuação: municipais, estaduais ou federais. As Conferências são espaços legítimos e deliberativos onde, em média a cada dois anos, representantes do Estado e da sociedade civil se reúnem, num processo democrático, para discutir e definir as políticas sociais prioritárias para o grupo.

A fim de compreender a participação dos idosos nos locais de discussão hoje, bem como a articulação entre os diversos agentes em torno das políticas públicas, faz-se necessário enfatizar a importância das formas de mobilização iniciadas na década de 80 como as associações de aposentados, os programas para a “terceira idade”, os grupos de convivência, como discutido no segundo capítulo. Ressaltar a discussão feita anteriormente tem o intuito de reforçar o argumento de que as formas de mobilização dos idosos e os atuais espaços legitimados para discutir os seus direitos fazem parte de um contexto social e político mais amplo referente às últimas décadas.

Nessa perspectiva, proponho dar continuidade à discussão a respeito da participação dos idosos no processo de constituição do Estado de direitos brasileiro e, principalmente, problematizar a noção de “protagonismo da pessoa idosa” difundida pelas políticas públicas voltadas a população idosa. Para isso, apresento aspectos referentes à formação dos Conselhos de Direitos; a organização das Conferências de

Direitos da Pessoa Idosa, ambos surgidos a partir das políticas específicas para os idosos; e a construção do “protagonismo”.

O capítulo será organizado em seis seções:

- A primeira seção apresenta os Conselhos de Direitos, sua organização e finalidades;
- A segunda seção traz uma contextualização sobre as Conferências de Direitos dos Idosos;
- Na terceira seção discuto os conceitos de “autonomia”, “independência” e “protagonismo” no contexto da reivindicação de direitos;
- Na quarta seção apresento algumas situações etnográficas e narrativas de idosas e mediadores registradas durante o trabalho de campo realizado nas Conferências Municipal de Direitos do Idoso.
- Na quinta seção apresento algumas questões sobre a participação dos idosos a partir de situações etnográficas registradas na 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.
- Na sexta seção apresento algumas reflexões sobre a construção do chamado “protagonismo da pessoa idosa”.

Observo, nesse sentido, a partir do material etnográfico, que no âmbito dos discursos, “estar presente”, “participar” e “ser protagonista” apresentam-se, ora como sendo sinônimos, outras vezes como etapas de um “processo evolutivo” que se inicia com a “conscientização” da população idosa para as questões do envelhecimento e dos direitos e culmina com idosos protagonistas. Contudo, no contexto de relações sociais observadas, e nos documentos das políticas examinados para a realização deste trabalho, não existem apenas “protagonistas”, como aparentemente essa ideia faz crer.

Assim, nesse capítulo, questiono (1) se a presença de idosos nesses locais de discussão pode ser considerada como sinônimo de protagonismo; (2) a ideia de que após os idosos “tomarem consciência” eles começarão a participar e se tornarão protagonistas. Meu argumento é que existem diversos agentes envolvidos (idosos, técnicos, gestores, pesquisadores, representantes de associações, entre outros) que ocuparão papéis distintos e passíveis de mudanças dependendo do contexto, no qual o de protagonista é apenas um deles e não é ocupado apenas por idosos.

4.1. Os Conselhos de Direitos do Idoso

Como se tem discutido ao longo deste trabalho, a legislação federal prevê um sistema de garantias de direitos que inclui políticas para segmentos sociais considerados mais vulneráveis. Nesta perspectiva, surgem os conselhos de direitos que tem como objetivos discutir as políticas públicas, possibilitar o exercício da cidadania e o combate à discriminação. No caso dos Conselhos de Direitos do Idoso, estes visam incentivar a participação, promover e fiscalizar as políticas públicas, orientar sobre os direitos e combater a discriminação por motivo de idade.

A supracitada Lei nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, determina a competência dos órgãos e entidades públicas responsáveis pela assistência e promoção social do idoso. A lei estabelece que a organização e a gestão da política do idoso são de competência do órgão ministerial responsável, no caso a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, conjuntamente com a participação dos conselhos nacional, estaduais, distrital e municipais do idoso. Quanto à supervisão, ao acompanhamento, à fiscalização e à avaliação da política, estas competem aos conselhos no âmbito de suas respectivas instâncias político-administrativas (nacional, estaduais, distrital e municipais)⁸⁷.

Entretanto, a partir da pesquisa que realizei com os documentos da política, foi possível perceber que apesar da Lei nº 8.842 que dispõe também sobre a criação do Conselho Nacional do Idoso ter sido aprovada em 1994 e de determinar o caráter deliberativo dos conselhos, os artigos que tratam especificamente ao Conselho Nacional foram vetados. Apenas oito anos depois, a partir do Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) foi criado, tendo seu caráter reduzido a órgão consultivo⁸⁸.

Vale mencionar que, após a eleição da primeira chapa do CNDI, em 28 de fevereiro de 2003, uma das primeiras deliberações foi reivindicar a mudança do Conselho para órgão deliberativo. Um conselho de caráter deliberativo significa que ele pode decidir sobre as políticas públicas, ou seja, que tem a possibilidade de discutir sobre as questões relacionadas aos idosos e, principalmente, tomar as decisões. No ano

⁸⁷ No âmbito nacional, o Conselho Nacional do Idoso está ligado à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. No Rio Grande do Sul, o Conselho Estadual do Idoso está ligado à Secretaria da Justiça e dos Direitos Humanos do Governo do Rio Grande do Sul e o Conselho Municipal do Idoso de Porto Alegre à Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local (SMGL).

⁸⁸ A Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

seguinte, em 2004, o CNDI passou a ter caráter deliberativo. Nos âmbitos municipais e estaduais observam-se diferenciações quanto ao caráter dos Conselhos de Direitos do Idoso, sendo alguns apenas consultivos e outros também de caráter deliberativos, dependendo de como está disposto na lei que os criou⁸⁹.

Em 13 de maio de 2002, na mesma data da criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, as propostas de ações dispostas no Decreto nº 4.229 do Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH⁹⁰ introduziram também a competência do Estado para a defesa e a promoção dos direitos dos idosos. Entre as propostas de ações governamentais, encontram-se: (1) Criar, fortalecer e descentralizar programas de assistência aos idosos, de acordo com a Lei nº 8.842/94, de forma a contribuir para sua integração à família e à sociedade e a incentivar o atendimento no seu próprio ambiente. (2) Apoiar a instalação do Conselho Nacional do Idoso, a constituição de conselhos estaduais e municipais de defesa dos direitos dos idosos e a implementação de programas de proteção, com a participação de organizações não-governamentais. (3) Estimular a fiscalização e o controle social dos centros de atendimento a idosos.

Nesse sentido, os Conselhos de Direitos são órgãos colegiados, permanentes, consultivos e deliberativos, incumbidos, da formulação, supervisão e avaliação das políticas públicas, em âmbito federal, estadual e municipal. De acordo com Patrícia Massa Arzabe [s.d.], os conselhos são instâncias de elaboração de políticas públicas relativamente recentes e pouco estudados, cujo perfil indica uma redefinição da democracia representativa e uma ampliação dos direitos políticos.

A criação e atribuição de competência, como apresentado anteriormente, é feita por meio de leis e em alguns setores a existência do conselho é condição legal para o repasse de verbas da União para Estados e Municípios, bem como dos Estados para os Municípios. Um exemplo disso é o setor da saúde que conta com os Conselhos de Saúde para aprovar e fiscalizar projetos e programas das secretarias de saúde. Outro exemplo, mais recente, são os Conselhos de Direitos do Idoso que precisaram ser criados ou se reorganizar para que fosse possível o repasse das verbas do Fundo Nacional do Idoso⁹¹ e dos Fundos Municipais. O Conselho Municipal de Idoso de Porto

⁸⁹ No caso de Porto Alegre, a Lei Complementar 444, de 30 de março de 2000, autorizou a criação do Conselho Municipal do Idoso (COMUI) com atribuições de caráter deliberativo, propositivo, consultivo, fiscalizador e normativo.

⁹⁰ Posteriormente, em 2009, esse Decreto foi revogado pelo Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009, que aprovou o PNDH-3.

⁹¹ Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010.

Alegre foi um entre vários conselhos do país que teve que se reorganizar, em 2011, para a criação do Fundo Municipal do Idoso (Porto Alegre, 2011b) ⁹².

Desse modo, a constituição de um Conselho de Direitos do Idoso não depende necessariamente da mobilização da sociedade civil, contudo, relaciona-se com a imposição legal e a participação de diversos agentes políticos. Tendo em vista isso, importa perguntar quem são os agentes que participam dos Conselhos de Direitos do Idoso, como ocorre essa participação, quais os espaços e posições ocupados pelos idosos e os agentes institucionais, quais as relações e as negociações entre eles na esfera das políticas públicas.

A criação de locais para a maior participação dos idosos e a atuação mais organizada da sociedade refere-se diretamente às recomendações da ONU, como também à da OMS que propõem o “envelhecimento ativo”:

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países (WHO, 2005, p.13).

Nesse sentido, a criação desses locais de discussão de políticas públicas coincide ainda com o ideário liberal onde o Estado tem um papel menos regulador, busca incentivar a participação dos cidadãos e, conseqüentemente, garantir que as responsabilidades sejam compartilhadas por todos, independentemente, inclusive, da idade. Então, para garantir sua participação por mais tempo possível – além da saúde e da segurança que formam o tripé esse projeto político – as pessoas devem esforçar-se no projeto de um envelhecimento ativo.

É recorrente nos materiais governamentais o chamamento à participação da sociedade civil para cumprir seu papel transformador junto ao Estado, em especial através dos conselhos, bem como as explicações de como isso pode ser feito e a sua importância, como se observa no material elaborado pela Gestão 2011 da Câmara Municipal de Porto Alegre:

Transformar leis em direitos significa dar condições para que as leis produzam seus efeitos no dia a dia do cidadão, ou seja, torná-las eficazes, o

⁹² Decreto nº 17.195, de 11 de agosto de 2011.

que só será possível diante de uma ação conjunta entre o Poder Público e a sociedade civil organizada no sentido da reivindicação desses direitos, da fiscalização dessas leis e, principalmente, da construção coletiva das mudanças que se fizerem necessárias. (...) Esses conselhos, embora em sua organização sofram oscilações decorrentes da conjuntura social, de conflitos próprios do movimento e das forças que neles atuam, estão contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas e também como órgãos de fiscalização da execução dessas políticas, qualificando o espaço democrático e fortalecendo o exercício da cidadania. Com a prática do cotidiano, esse modelo de participação social tende a ser aprofundado. Para tanto, fazem-se necessárias a rediscussão e a cobrança das atribuições dos conselhos, bem como uma estrutura físico-administrativa que lhes garanta adequada atuação. É essencial ainda ampliar o diálogo e a cooperação entre o Governo e os conselhos, viabilizando aos cidadãos voz efetiva na elaboração e na fiscalização das políticas públicas, objetivo maior dessa rede tão importante de participação popular. Dessa forma, buscamos contribuir com a instrumentalização dos atores da democracia participativa e com a divulgação dos conselhos municipais enquanto órgãos auxiliares do Poder Público (Porto Alegre, 2011a, p. 3-4).

No texto citado acima, destaco dois pontos: o primeiro diz respeito ao chamado à participação e a sua importância visando o bem maior como o “espaço democrático” e a “cidadania”, apesar das inúmeras oscilações possíveis na organização dos conselhos. O segundo ponto é o “modelo de participação social” estabelecido nos conselhos. Não pretendo sugerir que a organização e participação da sociedade civil na reivindicação de seus direitos e na construção das ações sociais seja algo negativo. Gostaria apenas de chamar atenção para esse “modelo” que implica desde a estrutura físico-administrativa, que deve ser disponibilizada pelo Estado, a indicação dos conselheiros governamentais que irão representar as Secretarias (e as relações políticas estabelecidas que podem contribuir ou não com o diálogo e a cooperação entre as instâncias administrativas e a sociedade civil) até o modo como são organizadas as conferências e a mediação das discussões em tais espaços, como será discutido a seguir.

A organização e a gestão das políticas públicas voltadas para um grupo social ou para uma área temática específica são de competência do órgão governamental responsável conjuntamente com a participação, quando houver, dos conselhos nacional, estaduais, distrital e municipais. Em termos legais, a criação de um conselho está condicionada a quatro aspectos:

1 - necessidade de um anteprojeto elaborado e discutido em fóruns de debates com lideranças, idosos, instituições e representantes do governo; 2 - de ser considerado pelo executivo; 3 - enviado ao legislativo em forma de mensagem para ser discutido e votado como projeto de lei; 4 - voltar ao executivo para ser sancionado (Pelegriño, 2009, p. 36).

Depois de sancionados, os conselhos passam a integrar a estrutura de um ministério ou secretaria que mantem o vínculo temático e funcional. A escolha dos conselheiros obedece a uma distribuição paritária entre representantes do Estado e da sociedade civil. É o regimento interno de cada conselho que estipula como será feita essa distribuição e votação dos conselheiros, bem como regulamenta toda a estrutura, o funcionamento e os procedimentos internos, sendo que os representantes governamentais são indicados pelo executivo, enquanto que os da sociedade civil devem ser eleitos por seus pares em conferências ou fóruns convocados para tal finalidade.

Em Porto Alegre, até 2011, existiam 26 Conselhos Municipais⁹³, entre eles estão 6 Conselhos de Direitos. Como mencionado anteriormente, o Conselho Municipal do Idoso (COMUI) foi criado pela Lei Complementar 444, de 30 de março de 2000, está vinculado à Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local⁹⁴ e tem como finalidade orientar os idosos de Porto Alegre quanto aos seus direitos e propor ações e fiscalização das atividades desenvolvidas por órgãos públicos e sociedade civil. De acordo com informações divulgadas pelo Conselho, seus objetivos são:

Formular e promover políticas públicas destinadas a garantir direitos constitucionais à pessoa idosa; Promover estudos, pesquisas, projetos, assembleias, seminários, conferências e articular ações entre órgãos públicos e privados para implementar políticas e programações referentes à promoção do idoso; Expedir diretrizes que se destinem a orientar órgãos, entidades governamentais e comunitárias que atuem com relação aos interesses e direitos dos idosos⁹⁵.

A gestão 2009 – 2011 do COMUI reunia conselheiros e conselheiras, idosos e não idosos, que representavam diversas entidades ligadas a sociedade civil, às instituições asilares, a gerontologia, às associações de aposentados, aos grupos de convivência e às secretarias municipais. Entre as entidades não-governamentais estavam: a União das Associações de Moradores de Porto Alegre (UAMPA), a Sociedade Porto-Alegrense de Auxílio aos Necessitados (SPAAN), Amparo Santa Cruz,

⁹³ Esses conselhos são “órgãos de participação direta da comunidade na Administração Pública e têm por finalidade propor e fiscalizar matérias referentes a setores da Administração, bem como sobre elas deliberar”. A lista dos Conselhos Municipais de Porto Alegre e as informações sobre cada um deles estão disponíveis em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_servicos/default.php?p_secao=52> Acesso em 10/06/12.

⁹⁴ A Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local tem entre suas atribuições “promover a articulação com os Conselhos Municipais, integrando as diferentes interfaces governamentais e estimulando a descentralização do planejamento e da execução das ações”. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smg1/default.php?p_secao=72> Acessado em: 10/06/12.

⁹⁵ Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/comui/default.php?p_secao=9> Acesso em 10/06/12.

a Associação Nacional de Gerontologia, o Sindicato Nacional dos Aposentados, a Associação dos Aposentados da Companhia Riograndense de Telecomunicações (AACRT), a Associação dos Aposentados e Pensionistas dos Eletricitários do Rio Grande do Sul (AAPERGS), o Centro de Convivência Santa Clara, a Associação dos Amigos do Ginásio Tesourinha, o Grupo Nossa Senhora de Fátima da 3ª idade, o Clube de Mães do Cristal, o Movimento Despertar para a 3ª idade, a Associação dos Portadores de Transtornos de Ansiedade (APORTA).

As secretarias municipais que tinham representação de conselheiros eram: a Secretaria Municipal de Cultura (SMC), a Secretaria Municipal de Esporte (SME), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) e a Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local (SMGL) através da Coordenadoria do Idoso. Assim, percebe-se uma multiplicidade de agentes envolvidos nesse espaço.

Essa gestão do COMUI, além de participar de uma série de ações de fiscalização junto ao Ministério Público, prestar orientações aos idosos que procuram o conselho, investir esforços na criação do Fundo Municipal do Idoso, promover eventos comemorativos e divulgar aos direitos dos idosos, também organizou a Conferência Municipal do Idoso de Porto Alegre em 2011.

Antes de me deter mais especificamente na problematização da noção de “protagonismo da pessoa idosa”, difundida pelas políticas voltadas a essa população, evoco alguns elementos sobre as Conferências de Direitos dos Idosos como a organização nos três âmbitos (nacional, estadual e municipal) e seus principais objetivos. Meu intuito é compreender a organização, a participação e as relações entre os diversos agentes envolvidos nos Conselhos e Conferências do Idoso.

4.2. As Conferências de Direitos do Idoso

O Conselho Nacional do Idoso (CNDI) é vinculado à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e tem como uma de suas atribuições “estimular a ampliação e ao aperfeiçoamento dos mecanismos de participação e controle social, por intermédio de rede nacional de órgãos colegiados estaduais, regionais, territoriais e municipais, visando fortalecer o atendimento dos direitos do idoso”⁹⁶. Um desses

⁹⁶ Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/cndi>> Acesso em: 10/06/12.

mecanismos são as Conferências de Direitos, que têm como principal característica reunir representantes do Estado e da sociedade civil para debater os principais desafios e estabelecer as prioridades para as políticas públicas voltadas para o envelhecimento da população como, por exemplo, as políticas de Saúde, Assistência Social, Previdência, Educação, Cultura, Esporte, Transporte, Acessibilidade que, por sua vez, irão fazer parte das experiências cotidianas dos idosos.

Assim, compete ao CNDI realizar a Conferência Nacional de Direitos do Idoso e contribuir com a realização das etapas municipais, estaduais e do Distrito Federal (DF). A Conferência Nacional é realizada em três etapas: a primeira é a realização das Conferências Municipais ou Regionais, onde são escolhidos os delegados para a Conferência Estadual; a segunda etapa é a estadual e a do DF, na qual é realizada a escolha dos delegados para a terceira e última etapa que é a Conferência Nacional.

Em cada uma das etapas há trocas de experiências, discussão de metas e prioridades, avaliação do que está sendo feito em termos de políticas públicas nas cidades, estados e regiões brasileiras. As propostas debatidas nos Grupos de Trabalho (GTs) e aprovadas nas etapas preparatórias (municipais, regionais⁹⁷, estaduais e do DF) são somadas, em seguida são sistematizadas pelo CNDI para serem discutidas e votadas na Conferência Nacional. O objetivo do CNDI é compor um conjunto de deliberações com as propostas consideradas pelos delegados como sendo mais relevantes e prioritárias para serem implementadas pelos gestores e técnicos da política.

Os participantes das Conferências são escolhidos na forma prevista pelo Regimento Interno⁹⁸ e a metodologia dos trabalhos é explicitada no Regulamento Interno, documento aprovado na plenária de abertura da Conferência. Em geral, há três categorias de participantes: os delegados que são os representantes eleitos para participar das Conferências e que têm direito a voz e ao voto nos grupos e plenárias; os convidados que podem ser representantes de órgãos, entidades, instituições nacionais e internacionais, com atuação no campo do envelhecimento ou de setores parceiros na defesa dos direitos das pessoas idosas, incluídos palestrantes e convidados internacionais, indicados pela Comissão Organizadora; os observadores que são profissionais que atuam neste campo e, em geral, são indicados pelos conselhos, órgãos

⁹⁷ Em alguns casos são realizadas Conferências regionais ao invés de municipais e as propostas, consequentemente, são agrupadas por região para serem discutidas e votadas na etapa estadual.

⁹⁸ O Regimento Interno de uma Conferência é geralmente aprovado pela Comissão Organizadora e Comissão de Normas do evento e entra em vigor mediante aprovação e publicação de uma Portaria.

governamentais ou instituições. Os convidados e observadores podem participar com direito a voz nos grupos de trabalho, mas não podem votar.

A partir da aprovação do Regimento Interno e da definição do tema, objetivos, eixos e data da Conferência Nacional é que são pensadas as demais etapas (municipais, regionais, estadual e do DF), pois estas são etapas preparatórias e balizaram as discussões para a etapa nacional.

A 3ª Conferência de Direitos da Pessoa Idosa, a qual estive presente na categoria de Convidada⁹⁹ nos dias 23, 24 e 25 de novembro de 2011 em Brasília (DF), teve como tema “O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil”. Quanto aos eixos norteadores, o evento estava organizado da seguinte forma: 1 - Envelhecimento e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; 2 - Pessoa idosa: protagonista da conquista e efetivação dos seus direitos; 3 - Fortalecimento e integração dos Conselhos: existir, participar, estar ao alcance, comprometer-se com a defesa dos direitos dos idosos; 4 - Diretrizes Orçamentárias, Plano Integrado e Orçamento Público da União, Estados, Distrito Federal e Municípios: conhecer para exigir; exigir para incluir; fiscalizar; 5 - Avaliação do impacto da última Conferência sobre a Política Nacional do Idoso.

Segundo o Texto Base da 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (Brasil, 2011b) - material de orientação distribuído aos participantes no início do evento - um dos objetivos de criação das Conferências é promover a participação representativa e efetiva das pessoas idosas. Nesse sentido, é recomendado que 60% dos participantes sejam representantes da sociedade civil, preferencialmente idosos ou pessoas que atuam junto a idosos ou entidades que atendem idosos e os outros 40% sejam reservados aos representantes do governo. De acordo com o documento, é preciso

(...) estimular a participação das pessoas idosas, a fim de aumentar o conhecimento delas próprias e de toda a sociedade acerca dos direitos dos idosos e para consolidar a ideia de que o idoso é um cidadão pleno de direitos que não pode e não deve ser excluído das discussões e nem das responsabilidades. (...) O primeiro passo fundamental para essa conquista é o próprio idoso conhecer bem os seus direitos, sentir-se dono deles e defendê-los. As políticas só respeitaram esses direitos se o próprio idoso estiver atento e cobrar o que não vai bem (Brasil, 2011b, p.101-102).

⁹⁹ Como mencionado no primeiro capítulo, as delegações são compostas pelos Delegados eleitos nas etapas estaduais, por Observadores que são gestores/representantes governamentais e um pequeno número de Convidados de entidades ligadas aos idosos. Nesta ocasião, recebi o convite do Conselho Estadual do Idoso para participar da 3ª CNPI.

Tal objetivo está diretamente relacionado com a proposta de “envelhecimento ativo” que visa a “autonomia” e a “independência” do idoso, bem como com a ideia do “protagonismo da pessoa idosa”. Os conceitos estão presentes nos documentos legais nacionais e internacionais, nos discursos e em um modo de envelhecer particular que foi institucionalizado e faz parte da experiência de diversos agentes envolvidos nesse contexto. Nesse sentido, importa questionar: o que significa “autonomia”, “independência” e “protagonismo” no contexto das políticas públicas? Como se dá a participação dos idosos nesses espaços?

4.3. “Autonomia”, “independência” e “protagonismo” no contexto da reivindicação de direitos

Para iluminar algumas questões levantadas ao longo do capítulo com relação à participação dos idosos nos espaços onde ações de diversas áreas são propostas e deliberadas com o intuito de garantir seus próprios direitos, apresento alguns discursos e episódios etnográficos registrados durante o trabalho de campo realizado nas Conferências Municipal e Estadual de Direitos do Idoso em 2011. Considero-os importantes na medida em que me possibilitam também refletir sobre como (e qual) protagonismo está sendo construído.

De acordo com o material disponibilizado pelo Portal dos Conselhos de Minas Gerais, referente à apresentação da médica geriatra e presidente do Conselho Nacional do Idoso, Karla Giacomini, durante a III Conferência Estadual da Pessoa Idosa de Minas Gerais, em 23 de agosto de 2011, traz alguns significados do que se entende por “autonomia” do idoso. O painel cujo tema era “Envelhecimento e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais” trazia as seguintes explicações:

Capacidade de autogoverno: permite às pessoas escolher e atuar de forma razoável, baseadas numa apreciação pessoal das possibilidades futuras avaliadas em função de seu próprio sistema de valores (Beauchamp e Childress, 1989). Viver de modo independente significa não apenas fazer as coisas para e por si mesmo, mas também estar no controle de como as coisas são feitas. As pessoas devem ter espaço e oportunidade de auto-realização e de auto-desenvolvimento. Isto somente acontecerá se o indivíduo puder TOMAR PARTE nas decisões que essencialmente lhe concernem e for competente para o seu auto-governo (Stanley B, Stanley M, Guido J, Garvin

Segundo esta perspectiva, ser um idoso autônomo é “tomar parte nas decisões”, “estar no controle de como as coisas são feitas” e não apenas “fazer as coisas para e por si mesmo”, ou seja, é necessário que ele seja ativo, independente e, sobretudo, participante. Entendo que isto significa buscar ações que se diferenciem da concepção de “velho” atribuída àqueles que, de acordo com o vocabulário popular, “se entregaram” e que não buscam aprender sobre os seus direitos e nem defendê-los.

Esta observação me remete a um diálogo que presenciei durante a 4ª Conferência Estadual do Idoso, no Teatro Dante Barone, na Assembleia Legislativa de Porto Alegre, que reuniu cerca de 500 pessoas entre os dias 15 e 17 de julho de 2011. Na ocasião, um homem e uma mulher conversavam ao meu lado enquanto aguardávamos a chegada da ministra da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Maria do Rosário, do senador Paulo Paim, da presidente do Conselho Nacional do Idoso, Karla Giacomini, e de outras autoridades para a abertura da Conferência Estadual.

A mulher comentou, em tom jocoso, que ali estavam reunidos muitas pessoas que tinham “mais disposição do que muitos jovens” e que não tinha nenhum velho, ao passo que o homem concordou rapidamente com o comentário balançando a cabeça em movimento de afirmação e dizendo: “eu não sou velho, velho é aquele que está em casa, que não sai, que não faz nada, eu sou idoso, quem está aqui participando é idoso”.

Interessa ainda observar, nesse mesmo sentido, que a disposição da maioria dos idosos presentes neste primeiro dia da Conferência Estadual deve ser ressaltada, uma vez que o credenciamento dos delegados teve início às 14h e a abertura (leitura e aprovação do regulamento e cerimônia de abertura) prevista para as 17h atrasou mais de duas horas até que todas as autoridades políticas municipais, estaduais e federais estivessem presentes. O atraso comprometeu toda a programação da noite, sendo necessário cancelar a Conferência Magna devido ao adiantado da hora, além da longa espera que gerou cansaço e inúmeros comentários referentes à falta de respeito dos organizadores e convidados com os idosos em uma Conferência de Direitos da Pessoa Idosa.

¹⁰⁰ As referências apresentadas por Giacomini são de profissionais ligados a Bioética e a Gerontologia. O painel está disponível no Portal Conselhos de MG: <www.conselhos.mg.org.br> Acesso em: 05/02/2012.

Tais observações possibilitam-me pensar a respeito de quais idosos participam desse fórum de discussão, tendo em vista que o próprio modelo de tais fóruns não leva em consideração as particularidades desta fase da vida onde em muitos casos há um decréscimo da capacidade física e de tolerância para atividades intensivas. Tanto nesta Conferência mencionada acima quanto nas outras duas que participei em 2011, as mudanças na programação, o cancelamento de atividades, o cansaço e reclamações dos idosos em decorrência dos atrasos das autoridades convidadas ou das dificuldades organizacionais foram recorrentes. Isto sugere que não são todas as (ou quaisquer) pessoas acima de 60 anos que participam das Conferências, o que estabelece novamente uma diferenciação entre quem pertence à categoria genérica de “velhos” e quem se caracteriza como idoso (ativo, independente e autônomo).

A diferenciação entre ser velho e ser idoso, segundo Debert, foi um dos primeiros ensinamentos nos programas de terceira idade com intuito de “quebrar os preconceitos e estereótipos que os indivíduos tendem a internalizar” (Debert, 1999, p. 162), como mencionado no segundo capítulo. Os preconceitos e estereótipos que a autora se refere dizem respeito a uma “imagem” ou “representação” da velhice ligada às doenças, à senilidade, à apatia e à morte.

Contudo, a meu ver, a partir da Política Nacional do Idoso, observa-se uma mudança não da “imagem” ou da “representação” da velhice, mas uma mudança nas formas de experienciar o envelhecimento. Os ensinamentos e recomendações para o envelhecimento ativo e saudável configuram um modo de envelhecer específico, como busco chamar atenção nesse trabalho.

A ideia de autonomia e protagonismo e, nesse sentido, que os idosos devem conhecer e comprometer-se com a garantia de seus direitos, esteve presente em eventos e nas outras Conferências que participei. Outro aspecto relevante, nesse contexto, é o reconhecimento e a visibilidade da questão do envelhecimento. Assim, as menções a respeito da importância da construção de espaços de discussão e participação, bem como da tomada de “consciência” de que os idosos são sujeitos de direitos foram constantes, como discutirei nas seções a seguir.

Para iluminar algumas questões levantadas ao longo do capítulo com relação à participação, à construção do “protagonismo” com o intuito de garantir seus próprios direitos, apresento alguns episódios etnográficos e narrativas de idosas registradas durante o trabalho de campo realizado nas Conferências de Direitos do Idoso, em 2011. Inicialmente, relato o modelo organizacional de uma Conferência tomando como base a

Conferencia Municipal do Idoso de Porto Alegre, e quem são as pessoas que participaram desse evento. A organização, o formato e as categorias de participantes das Conferências não variam, pois elas são elaboradas a partir de direcionamentos comuns pelo Conselho Nacional do Idoso.

Assim, nas próximas seções, não me deterei em descrever detalhadamente cada uma das Conferências. Descreverei, em particular, episódios etnográficos e narrativas com o objetivo de discutir as relações entre as idosas e os mediadores e o modo como ocorre a participação dos idosos nessas esferas deliberativas das políticas públicas.

4.4. Situando o envelhecimento na pasta política e econômica dos Direitos Humanos no Brasil

Nos dias 15 e 29 de abril de 2011, o Conselho Municipal do Idoso realizou a III Conferência Municipal do Idoso, com o tema: “A intersetorialidade na garantia dos direitos da Pessoa Idosa: uma responsabilidade de todos nós”. Buscando promover a intersetorialidade tanto na organização quanto nos dias do evento, o COMUI convidou os conselheiros governamentais (representantes das secretarias municipais que tem ações direcionadas à população idosa) para participar como coordenadores ou relatores dos Grupos de Trabalho¹⁰¹ de cada Eixo Temático a ser discutido nesta etapa municipal¹⁰².

No dia 15 de abril estava programado o credenciamento dos participantes, a leitura e aprovação do regimento da Conferência, a solenidade de abertura e a palestra com a ministra da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Maria do Rosário. Também constavam na programação outras duas palestras onde seriam

¹⁰¹ Como mencionado no primeiro capítulo, eu havia sido selecionada para realizar uma consultoria no setor de planejamento da área técnica de saúde do idoso na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) quatro meses antes da Conferência Municipal. Fui indicada para representar a SMS no COMUI e como conselheira governamental participei das reuniões ordinárias e extraordinárias do COMUI, entre elas as de organização da III Conferência Municipal do Idoso e, posteriormente, fui convidada para ser facilitadora do Grupo de Trabalho de Saúde.

¹⁰² A III Conferência Municipal do Idoso estava dividida em três eixos. Eixo 1: Saúde; Assistência Social, Trabalho e Previdência; Educação e Meio ambiente; Habitação, Transporte e Acessibilidade; Cultura, Esporte, Lazer e Turismo; Violência. Eixo 2: Participação e controle social. Eixo 3: Gestão e Financiamento.

discutidos os temas: Eixo 2 - Participação e controle social e Eixo 3 - Gestão e financiamento¹⁰³.

Devido aos atrasos de algumas autoridades e o tempo excedido na maioria das falas, não foi possível cumprir completamente a programação do primeiro dia, não havendo, portanto, nem a discussão dos participantes após a palestra do Eixo 2 nem a palestra do Eixo 3. Foi possível observar que, em decorrência dos discursos políticos prolongados por parte de todos que compunham a mesa de abertura, não houve a discussão de temas como participação e controle social que dizem respeito principalmente às ações de deliberação das políticas e de fiscalização das mesmas por parte dos conselhos junto ao Estado e entidades que prestam serviços à população idosa, bem como não se discutiu as questões de gestão e financiamento, um tema importante de ser abordado naquele momento, tendo em vista que envolvia a discussão do Fundo Municipal do Idoso que seria aprovado por lei meses depois.

Para compor a mesa de abertura foram convidados os representantes da Câmara de Vereadores, das Secretarias Municipais, do governo do Estado e de entidades ligadas às questões dos idosos, além da presidente do COMUI, Maria Elena Estrazulas, do prefeito de Porto Alegre, José Fortunati, e da ministra Maria do Rosário.

A presidente do Conselho Municipal do Idoso, Maria Elena Estrazulas, iniciou a cerimônia de abertura com a leitura de um texto, o qual explanava sobre os idosos de Porto Alegre e as expectativas para a Conferência. Finalizou a leitura agradecendo nominalmente a todos que trabalharam na realização do evento e dirigiu-se, particularmente, a ministra Maria do Rosário:

Por fim, dedico meus agradecimentos a ministra Maria do Rosário dizendo que a população idosa não só de Porto Alegre, mas desse país esperam o mesmo empenho dedicado à criança e ao adolescente e à mulher recebido por Vossa Senhoria. A presidenta Dilma não poderia ter feito escolha mais acertada para este ministério, pois ninguém representa mais a bandeira dos Direitos Humanos do que Vossa Excelência (registrado em áudio pela pesquisadora, em 15/04/2011).

A presidente do COMUI foi bastante aplaudida durante este trecho de sua fala. Este fato pode ser interpretado no sentido de que os idosos presentes na Conferência compartilham a opinião da presidente sobre a diferença dedicada à criança, ao adolescente e a mulher pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da

¹⁰³ A palestra do Eixo 2 foi realizada pelo Secretário Municipal de Coordenação Política e Governança, Cesar Busatto, e a palestra do Eixo 3 tinha como palestrante o coordenador da Unidade de Programação e Execução Orçamentária da Secretaria Municipal de Gestão e Acompanhamento, Wilson Pascal Pastorini.

República. Ela refere-se, ao longo desta fala, à atenção insuficiente dos Direitos Humanos nas questões relacionadas ao envelhecimento da população brasileira se comparada a outros grupos populacionais. As expectativas dos idosos, expressa pela fala da presidente do COMUI, são

(...) que as demandas emanadas desta Conferência realmente se efetivem, não ficando apenas como um amontoado de folhas em cima de mesas dos gabinetes, que nossos governantes sejam sensíveis, traçando prioridades em cada segmento, a fim de poder amenizar as nossas ansiedades (registrado em áudio pela pesquisadora, em 15/04/2011).

Assim, partindo da comparação entre as políticas públicas dos grupos citados e da “sensibilidade” que a representante do Conselho do Idoso de Porto Alegre espera dos governantes, parece-me que ao falar do “empenho dedicado à criança e ao adolescente e a mulher” está se cobrando atenção, visibilidade e investimento financeiro que continuam sendo empregados de forma diferenciada.

Após as saudações de alguns representantes políticos convidados, a ministra Maria do Rosário iniciou sua fala mencionando a satisfação de estar em Porto Alegre participando da primeira Conferência dos Direitos da Pessoa Idosa de 2011 e agradeceu aos idosos, ao COMUI e a extensa mesa de autoridades, incluindo o prefeito, vereadores, representantes das Secretarias Municipais e do governo do Estado.

Em seguida, a ministra ressaltou que o Brasil não vê o avanço da terceira idade como um “fardo” e que a intenção da Secretaria era desafiar o que ela chama de “cultura vigente”. Maria do Rosário se refere a uma concepção que percebe as pessoas apenas no período “produtivo” e “reprodutivo” de suas vidas, ou seja, a atenção está voltada as pessoas jovens e inseridas no mercado de trabalho formal. Mencionou ainda os três aspectos da “dimensão social” que precisam ser trabalhadas pelo governo e pela sociedade, a saber: a participação, no sentido do estava sendo vivenciado na Conferência; a segurança, com relação aos diversos tipos de violência; e a Seguridade Social que inclui a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social e que deve garantir o mínimo necessário para prover o cotidiano dos idosos. Nesse ponto, deu ênfase à saúde como certamente o eixo mais importante acerca do envelhecimento humano, conforme demonstra o extrato a seguir:

Para a Organização Mundial de Saúde o envelhecimento deve ser considerado da seguinte forma e é dessa forma que o governo brasileiro com a presidenta Dilma se coloca: “envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas

envelhecem”. Com isso outros desafios se colocam. A primeira é para os próprios governos perceberem que os idosos não são todos iguais, que há distinções e características específicas e que os idosos não são crianças, são adultos com experiência de vida e que não voltam a ser crianças. Então, não é desejável que os idosos sejam tratados com tutela, não é desejável que as pessoas não pensem no idoso como cidadão pleno da sua participação política e social. Nenhum de nós pensa outra palavra para qualquer cidadão e cidadã que não seja autonomia de opinião, de liberdade, de participação, de contestação, inclusive sem os preconceitos, porque muitas vezes o idoso vai oferecer um posicionamento crítico diante de um guichê que não lhe atende bem, de uma unidade de saúde que falha no atendimento, de um medicamento que não está assegurado e já se pensa daquele outro lado nos estereótipos que existem: mais olha que senhor ranzinza. (...) Então, precisamos trabalhar o tempo do envelhecimento humano como um compromisso social também que dê alguma autonomia ao idoso. O idoso que já trabalhou toda uma vida, uma mãe que já cuidou dos seus filhos, que apoia como avó a criação dos seus netos, é preciso que ela tenha um tempo também para pensar em si e não apenas seja uma trabalhadora extensiva nos cuidados das novas gerações, sem reconhecimento, ainda que aquilo possa ser uma alegria para ela não poderá ser um fardo, é preciso que as gerações atuais, das quais tem seus filhos pequenos, também tenham a consciência da necessidade de liberdade e autonomia daqueles que já nos criaram e que criam também os nossos filhos na atual fase (registrado em áudio, pela pesquisadora, em 15/04/2011).

Percebe-se, neste discurso, uma série de elementos passíveis de análise, porém, destaco quatro deles: primeiro, a citação de um trecho do documento “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde” (WHO, 2005), que direciona o sentido que o governo brasileiro percebe o envelhecimento e, conseqüentemente, as ações por ele propostas para essa população. Aqui, os três aspectos - saúde, participação e segurança - são considerados fundamentais para melhorar a “qualidade de vida” ao longo de processo de envelhecimento.

O segundo elemento é a comparação entre idosos e crianças, indicando a possibilidade dos idosos serem tutelados pelo Estado, assim como as crianças (grupo considerado pelo Estado como vulnerável). Terceiro, o conceito de cidadania é evocado em relação a participação política e social, como também a autonomia que inclui ter liberdade, opinar, participar e contestar diante de algo que não lhe agrada ou que viola seus direitos. Por fim, a “consciência” da importância da autonomia por parte do próprio idoso e, em especial, da família que é a principal responsável pelo cuidado do idoso.

A noção de autonomia parece ser a ligação entre os aspectos abordados pela ministra, pois ela se apresenta como uma meta do envelhecimento ativo e que, deste modo, possibilita o que é considerado “qualidade de vida” e participação, afastando a condição de ser dependente, vítima de violência e ou tutelado pelo Estado. Assim, reforça o “compromisso de todos por um envelhecimento ativo e saudável” e afirma que o governo ampliou suas linhas de atuação reunindo atualmente 16 Ministérios, seis a

mais do que contava quando o Pacto Nacional pelo Envelhecimento Ativo e Saudável foi lançado em 2009.

O Pacto Nacional pelo Envelhecimento Ativo e Saudável foi lançado durante a 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, ocorrida em Brasília entre os dias 18 e 20 de março de 2009 e que teve como tema “Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios”. O Pacto foi resultado da articulação da Secretaria Especial dos Direitos Humanos¹⁰⁴ junto a 10 Ministérios e tem três eixos: Emancipação e protagonismo; Garantia de direitos; e Informação e formação.

Conforme observado nos Anais da 2ª CNDPI (2010) e nas informações divulgadas pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH) e pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)¹⁰⁵, o objetivo dessas ações é adotar um conceito positivo e ativo de envelhecimento, orientado ao desenvolvimento, para garantir o envelhecimento saudável e a participação ativa dos idosos na vida econômica, social, cultural e política.

A menção à ampliação das linhas de atuação Pacto Nacional pelo Envelhecimento Ativo e Saudável feita pela ministra Maria do Rosário parece ser uma resposta à crítica feita pela presidente do COMUI sobre um maior empenho da SEDH com outros grupos populacionais. Isto porque o Pacto é o correspondente para os idosos a chamada Agenda Social dos direitos da criança, do combate ao subregistro civil, da Saúde, da Previdência. Assim, com o Pacto, instaura-se um comitê gestor referente aos direitos dos idosos integrando essa mesma Rede, como foi estabelecida na 2ª CNDPI.

4.5. As idosas e as mediadoras do Grupo de Trabalho da Saúde

Durante o credenciamento, ocorrido no primeiro dia da Conferência, os participantes preencheram uma ficha com seus dados pessoais e o Grupo de Trabalho de sua preferência para discutirem no dia 29 de abril, segundo dia da Conferência. De

¹⁰⁴ O ministro da Secretaria Especial dos Direitos Humanos no período em que ocorreu a 2ª CNPI era Paulo Vannuchi.

¹⁰⁵ Disponível em:

http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/noticias/noticias_int.php?id_noticia=180 e <http://www.mds.gov.br/noticias/governo-federal-reforca-rede-de-protecao-e-a-garantia-de-direitos-da-populacao-idosa/?searchterm=idosos>, respectivamente.

acordo com as fichas de credenciamento, 677 idosos estiveram presentes no primeiro dia e apenas cerca de 300 retornaram no segundo dia do evento.

A comissão organizadora não avaliou posteriormente os motivos que ocasionaram a falta de mais da metade dos idosos nesse segundo dia. Em conversas informais com alguns conselheiros essa questão não apareceu como motivo de preocupação ou algo relevante a ser discutido. A avaliação e os comentários fizeram referência ao número elevado de idosos que compareceram à abertura, a presença de convidados ilustres como a ministra da SEDH e o prefeito de Porto Alegre, e aos aplausos após a fala da presidente do COMUI.

Assim, na tarde do dia 29 de abril, na Câmara de Vereadores, teve início o segundo dia da III Conferência Municipal do Idoso com um auditório mais esvaziado, porém com idosas e idosos dispostos a discutir nos Grupos de Trabalho do Eixo 1. A programação também incluía a votação dos delegados, a plenária final com a votação das propostas escolhidas em cada GT e a apresentação dos delegados que representariam o município na etapa estadual. Portanto, de acordo com o Regimento Interno, os Grupos de Trabalho do Eixo 1 deveriam se dirigir as salas previamente separadas para a discussão, em seguida levantariam suas propostas, elaborariam o relatório do GT e elegeriam os delegados. Ao final, todos retornariam ao plenário para a leitura, a votação das propostas e a apresentação dos delegados.

Após as saudações iniciais da comissão organizadora, era o momento de reunir as pessoas e formar os grupos para as discussões. Ao invés dos idosos saírem à procura de suas salas, a comissão propôs que cada facilitador se posicionasse lado a lado em frente ao púlpito do Plenário Otávio Rocha com uma placa indicando cada um dos Grupos de Trabalho, para que os participantes visualizassem o nome do GT e acompanhassem o facilitador até a sala correspondente.

Encaminhei-me com os demais facilitadores para frente do púlpito com a placa nas mãos. Do lugar onde nos posicionamos tínhamos uma visão geral do Plenário e, após a palavra “saúde” ser pronunciada ao microfone, foi possível observar quase metade das pessoas levantarem-se para encaminharem-se junto comigo à sala ao lado. O GT de Saúde reuniu o maior número de participantes, confirmando as especulações feitas pelos outros conselheiros (e facilitadores), antes de iniciarmos as atividades naquele dia, sobre qual GT atrairia o maior número de idosos.

Ao chegarmos à sala de discussão e após todos ocuparem seus assentos, observei que o grupo contava com mais de cem pessoas e era composto exclusivamente

por mulheres. Este dado é interessante para pensar o significado da saúde para esse grupo e a questão de gênero implicada nas experiências de cuidados com a saúde, na maior participação feminina nos fóruns de discussão, na expectativa de vida mais elevada entre as mulheres se comparada com a masculina, como referido também no capítulo anterior.

Um dos funcionários da Empresa Pública de Transporte e Circulação de Porto Alegre (EPTC) também havia sido convidado para participar dos Grupos de Trabalho para ser relator e, assim, ajudar na digitação das propostas levantadas durante cerca de uma hora e meia de discussão. Como facilitadora do GT, iniciei explicando os objetivos da Conferência Municipal e a metodologia de trabalho do grupo. Deveríamos apontar as dificuldades e apresentar propostas que contribuíssem com a construção de políticas públicas de saúde voltadas à população idosa, buscando melhorar os serviços de saúde tanto para os idosos de Porto Alegre como também de outros municípios do estado e do país.

Desse modo, as propostas sintetizariam as questões de saúde consideradas pelos idosos como sendo prioritárias e que seriam defendidas e votadas, posteriormente, pelos delegados nas Conferências estadual e nacional. A metodologia de trabalho dos grupos consistia em um debate prévio, onde os participantes apresentariam suas propostas para cada área, o relator anotaria cada uma delas e ao final elas seriam lidas, compiladas e aprovadas pelos grupos. Em seguida, cada facilitador levaria esse relatório para ser lido e votado na Plenária Final¹⁰⁶.

Após essas explicações, começamos o debate. Muitas mulheres levantaram-se ou ergueram o braço, indicando que queriam falar. Eu, sentada num local mais alto da sala, com papel, caneta e microfone nas mãos, tentava organizar a ordem de inscrições das falas. As narrativas de doenças, dúvidas e reclamações do serviço público de saúde foram levantadas por mais de vinte mulheres e se repetiram por cerca de uma hora, ou seja, o tempo máximo que dispúnhamos para essa etapa do trabalho. Apresento algumas narrativas das idosas que registrei no diário de campo:

¹⁰⁶ Como indicado no Regimento Interno da III Conferência do Idoso de Porto Alegre (Porto Alegre, 2011c). “Artigo 8º: Serão constituídos grupos de trabalho para identificar e avaliar os avanços na implantação das deliberações da última Conferência, reorientando e redefinindo as prioridades, à luz dos conteúdos apresentados no painel a partir dos eixos temáticos. Cada grupo terá um tempo para discussão conforme indicado na programação e, no final, deverá entregar à Comissão de Sistematização o seu relatório contendo as propostas prioritárias, as quais comporão o documento que será discutido e aprovado na Plenária Final”.

Faz três meses que eu estou com uma dor nesse braço aqui, fui no posto e disseram que eu tinha que ir no hospital pra fazer o exame, daí demorou mais de mês pra mim fazer o exame e depois tinha que voltar no posto pra mostrar pro médico... Acho que demora demais pra conseguir uma consulta, tem que chegar de madrugada no posto, ficar na fila e não tem muitos médicos.

Eu estou esperando para fazer uma cirurgia há mais de dois anos, eu sinto muita dor... Já fui em tudo quanto é hospital, fui nuns quantos médicos, tu não sabe direito aonde tem que ir, eu queria saber com quem é que eu falo. Dizem que o idoso é pra ter prioridade no atendimento, eu não vejo ter prioridade, porque tu fica de madrugada na fila pra pegar a ficha no posto e as vezes quando chega a tua vez não tem mais ficha e tem que voltar no outro dia.

Era para ter mais médicos, não tem cardiologista, oftalmologista, ortopedista, geriatra... Em todo posto era pra ter um geriatra.

Demora demais pra sair o resultado dos exames, tu fica sentindo dor e tem que esperar o exame pra levar de novo no posto e tem que pegar outra ficha, disseram que tinha um telefone pra ligar e marcar, mas não funciona, eu já tentei, mas não funciona... Eu fui lá de novo e fui muito mal atendida, é um desrespeito com os velhos.

Percebe-se que as narrativas das idosas expressavam o que elas sentiam e achavam relevante compartilhar em um espaço criado com o objetivo de ouvir o que os próprios idosos têm a dizer sobre a garantia de um direito fundamental – a saúde – e a melhoria dos serviços em Porto Alegre.

Para refletir sobre estes dados, recorro de forma muito breve a algumas reflexões sobre as dimensões corporais e sociais da experiência de Scheper-Hughes e Lock (1987), por exemplo, ao problematizarem a divisão corpo/mente e a interação dos “três corpos” (corpo individual, social e político) na produção e expressão da saúde e doença, nos mostram que a “doença não é apenas um evento isolado”. Ao contrário, a doença (sickness) é uma forma de comunicação através da qual a natureza, a sociedade e a cultura falam simultaneamente. Assim, o “corpo individual” deve ser visto como o lugar onde verdades e contradições sociais são expostas, bem como um lugar de resistência pessoal e social, criatividade e luta (Scheper-Hughes, Lock, 1987, p.31).

Coker (2004), em seu artigo sobre as experiências dos sudaneses do sul refugiados no Cairo em relação aos profissionais de saúde e as narrativas de doenças, mostra que a dor que os refugiados narram reflete mais que uma doença, mas uma sensação de ruptura social e desamparo em uma cultura estrangeira. A equipe médica percebia muitas queixas físicas e a ausência de disfunções orgânicas observáveis. Os participantes da clínica, quando convidados a "descrever seus sintomas," falavam situando os sintomas dentro do contexto social que os produziu.

Tendo em vista as diferenciações entre os sujeitos de pesquisa e os contextos sociais, busco aproximar-me das reflexões das autoras no sentido de compreender as narrativas de adoecimento e reivindicação a partir do contexto social mais amplo onde essas experiências são vividas.

Assim, reivindicar o direito à saúde de todos os idosos estava diretamente ligado a falar da experiência de “dor nesse braço”, da demora “pra sair o resultado dos exames” enquanto “tu fica sentindo dor”, da espera de “mais de dois anos” por uma cirurgia, das filas durante a madrugada e da incerteza de conseguir “pegar a ficha no posto”, da falta de informação e, conseqüentemente, das idas e vindas entre o posto e o hospital por não saber “direito aonde tem que ir”, ser “mal atendida” e sentir o “desrespeito com os velhos”.

Para as participantes da Conferência aquele era o espaço para falar de suas dores e doenças, tirar dúvidas ou fazer reclamações a partir de suas experiências de adoecimento e de usuárias do serviço público de saúde e, ao falar sobre isso, expressavam como é adoecer e envelhecer para uma determinada parcela da população, como elas são vistas e tratadas em nossa sociedade. Estar atenta ao caráter inextricável dos níveis individual e social possibilita observar as dissociações nos desdobramentos do episódio da Conferência descrito acima.

Tendo em vista o relatório de propostas prioritárias que precisava ser escrito e levado para votação na Plenária Final, nenhuma daquelas narrativas seria considerada efetivamente como uma proposta, pois, levando-se em conta os critérios estabelecidos no Regimento Interno da 3ª CNDPI (2011b, Art. 17, parágrafo 1º), uma proposta para ser considerada prioritária deve “ser mensurável, ou seja, passível de se transformar em ações e controlada por meio de indicadores e metas”.

Além disso, o modo como as propostas estavam sendo narradas pelas idosas indicavam aparentemente experiências individuais, apesar delas se mostrarem recorrentes e compartilhadas entre as participantes do GT, como era possível observar através do balançar afirmativo de suas cabeças. Aquelas propostas poderiam, ainda, configurarem-se como meras reclamações, desconhecimento sobre os fluxos de atendimento do SUS e falta de informações a respeito das ações que a SMS vinha realizando ou que realizaria em curto prazo.

Tais preocupações foram surgindo na medida em que eu ouvia as idosas e tornaram-se evidentes, a meu ver, quando uma funcionária da SMS pediu para sentar-se comigo à mesa com o intuito de ajudar na condução da discussão e, em seguida,

começou a responder e “esclarecer” as reivindicações. Em sua fala institucional, a funcionária remeteu-se a aprovação do IMESF¹⁰⁷ e ao seu objetivo de fortalecer a Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre com a contratação de médicos e a ampliação dos serviços, diminuindo, assim, o tempo de espera dos exames e as filas nos postos. Ela explicou como funcionavam os fluxos na Rede de Atenção Básica, Especializada e de Alta Complexidade, anunciou que a Secretaria já havia iniciado o projeto de informatização da Rede, bem como mencionou outras ações que contribuiriam para a melhoria do atendimento.

Após relatos, questionamentos e explicações chegou o momento final do Grupo de Trabalho. O relator esforçava-se para reunir as frases soltas que conseguiu transcrever no computador ao longo da discussão e todos nós, no curto tempo que nos restava, tínhamos a tarefa de elaborar o relatório, ou seja, uma lista de propostas prioritárias. Diante do contexto etnográfico, compete questionar: como transformar as narrativas de idosas de diferentes partes da cidade, que mostravam de forma inseparável os níveis individual e social de suas vidas, em uma lista de demandas?

Víctora (2011), em seu artigo intitulado “Sofrimento Social e a Corporificação do Mundo: Contribuições a partir da Antropologia”, referindo-se a Kleinman (1991), discute as três faces do sofrimento social que são: as apropriações autorizadas ou contestadas do sofrimento coletivo; a medicalização da vida; e o sofrimento na relação com as políticas públicas. A autora apresenta o caso etnográfico de indígenas que vivem no Rio Grande do Sul e chama atenção para a diferença entre o reconhecimento de um “problema de saúde” e de um “processo de sofrimento social”, sendo esse último caracterizado pela indissociabilidade das dimensões físicas, psicológicas, morais e sociais do mal estar.

A partir da perspectiva teórica do “sofrimento social” (Kleinman e col., 1997), que propõe colapsar dicotomias tais como o “nível social do individual de análise”, os “problemas de saúde dos problemas sociais”, “a representação da experiência” e “o sofrimento da intervenção”, a autora discute como as reivindicações de indígenas numa reunião com agentes institucionais que a princípio interconectavam vários elementos

¹⁰⁷ Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família, fundação pública de direito privado voltada à gestão e à execução de serviços de atenção básica em saúde. O polêmico projeto do instituto foi aprovado pela Câmara Municipal de Porto Alegre em fevereiro de 2012. O instituto é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e presidido pelo titular da secretaria, mas o órgão tem autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, inclusive para firmar contratos de gestão e convênios com o poder público.

que diziam respeito ao preconceito, a exclusão social, política e econômica ao longo de um tempo histórico perderam o sentido quando o técnico da instituição pede para que eles elaborem uma lista com as demandas de cada comunidade.

O sofrimento social dos indígenas tem sido, com frequência, reduzido a uma lista de ausências que são transformadas em simples demandas. Assim, na comunidade “A”, supostamente, falta um posto de saúde no local, um agente indígena de saúde, um carro para o transporte de doentes e uma caixa d’água; na comunidade “B” falta um agente indígena de saúde e um agente sanitário, medicamentos e um táxi para o transporte de doentes. E assim por diante, os elementos, que interconectados falavam sobre um sofrimento social e davam sentido à verdadeira demanda política dos indígenas por uma vida mais digna para si e seus descendentes, se esfacelaram e perderam o sentido (Victora, 2011 p.8).

Apesar das diferenças entre o contexto indígena e dos idosos de Porto Alegre, é possível perceber as semelhanças nas relações entre os grupos e as instituições. Em ambos os casos, vê-se a lógica institucional operando de forma dicotômica e dissociando as dimensões físicas, psicológicas, morais e sociais que fazem parte da vida cotidiana das pessoas. Ao final da reunião na sede da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) foi elaborada uma lista de demandas e a autora questiona-se “sobre o poder de desmobilização e a destituição de significados que a itemização das demandas impôs sobre o processo político que se configurou naquela reunião” (Victora, 2011, p.8).

Ao final do GT de Saúde também foi elaborada uma lista de demandas. Nós, os mediadores, “traduzimos” para o formato de propostas “mensuráveis” o que foi narrado pelas idosas. Assim, o relatório foi composto por ações iniciadas por verbos conjugados no indicativo, como indicado pelos manuais das Conferências: Contratar médicos geriatras, cardiologistas, oftalmologistas, ortopedistas, reumatologistas, dermatologistas, pneumologistas e demais especialidades; Garantir o atendimento prioritário dos idosos nos serviços de saúde; Melhorar a distribuição de fichas e aumentar o número de consultas nas Unidades Básicas de Saúde; Determinar um tempo para a marcação de exames que não poderá ultrapassar 30 dias, entre outras.

Após a Conferência, questionei-me sobre essa espécie de “tradução” feita pelas instituições e seus mediadores e se estamos realmente atentos ao que se fala, aos silêncios e, principalmente, como “nós”, antropólogos, vamos ouvir¹⁰⁸ as “novas vozes”

¹⁰⁸ Questionamento também feito por Ross (2001) ao refletir sobre a criação de uma esfera pública para ouvir vozes silenciadas ao longo do tempo em face das experiências do *apartheid* na África do Sul.

que estão sendo chamadas a falar no cenário da política de direitos atual. Esse questionamento surgiu novamente nas outras Conferências e foi o estranhamento causado ao observar (e também participar) dessas “traduções” que me fizeram levantar outras questões, visando compreender quem são os participantes das Conferências e como está sendo construído o protagonismo.

4.6. “O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil”: os participantes das Conferências e as formas de participação

Nesta seção apresento alguns episódios etnográficos registrados durante o trabalho de campo realizado na 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa ocorrida entre os dias 23 a 25 de novembro de 2011, em Brasília¹⁰⁹, com o objetivo de prosseguir na discussão sobre a participação dos idosos e as relações entre eles e os mediadores das políticas.

A 3ª Conferência Nacional teve como tema “O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil”. De acordo com o Texto Base da Conferência (CNDI, 2011b, p. 8), o termo “todos” é compreendido do seguinte modo: “‘Todos’ somos nós: idosos, sociedade, gestores das políticas, conselheiros e pessoas de todas as idades, chamados a assumir um compromisso efetivo em prol da conquista de um envelhecimento digno para a população brasileira”.

Nesse sentido, a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa é compreendida por seus organizadores como um espaço de discussão, de participação de idosos e de pessoas envolvidas com a questão de seus direitos, de visibilidade para esse segmento populacional e, também, o espaço legitimado pelo Estado para “avaliar como estão funcionando as políticas públicas para a pessoa idosa e apontar as prioridades que deverão ser observadas pelo Estado brasileiro, nos âmbitos federal, estadual e municipal” (CNDI, 2011b, p. 10).

Nos três dias de evento, pude observar a presença de idosos que foram eleitos como delegados nas Conferências municipais e estaduais, conselheiros (não governamentais e governamentais), representantes de sindicatos e de associações,

¹⁰⁹ A Conferência aconteceu no Centro de eventos da Confederação Nacional dos Trabalhadores do Comércio (CNTC). A hospedagem em hotéis, o traslado entre os hotéis e o CNTC e a alimentação dos delegados foi organizada e financiada pelo Comitê Executivo (Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República - SEDH/PR).

geriatrias e gerontólogos, profissionais da saúde e da assistência social, delegados de polícia das delegacias do idoso, professores e pesquisadores, representantes da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), técnicos e gestores públicos, senadores, deputados e representantes de governadores e de ministros da Presidência da República. Segundo os organizadores, cerca de mil pessoas (delegados, convidados, observadores) participaram da Conferência, entre elas 718 delegados de todas as regiões do país.

Como mencionado anteriormente, na Conferência Nacional são discutidas as propostas aprovadas nas Conferências estaduais e do Distrito Federal. Ao longo de 2011, foram realizadas 27 Conferências estaduais e distritais e foram aprovadas 261 propostas para serem debatidas e decididas (apenas 26 delas) na etapa nacional. Assim como nas outras Conferências, as propostas da 3ª CNDPI também foram divididas por Eixo Temático.

Estabeleceu-se, nessa etapa nacional, 5 Eixos Temáticos que reuniam as 261 propostas, a saber: Eixo I - Envelhecimento e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais (112 propostas); Eixo II - Pessoa idosa protagonista da Conquista e Efetivação de seus Direitos (47 propostas); Eixo III - Fortalecimento e integração dos conselhos: existir, participar, estar ao alcance, comprometer-se com a defesa dos direitos dos idosos (55 propostas); Eixo IV - Diretrizes orçamentárias, plano integrado e orçamento público da União, Estado, Distrito Federal e Municípios: conhecer para exigir, exigir para incluir, fiscalizar (47 propostas). O Eixo V tinha como tema a Avaliação do impacto da última Conferência sobre a Política Nacional do Idoso e como era um espaço para avaliação não continha nenhuma proposta a ser votada.

A programação da 3ª CNDPI foi organizada da seguinte forma: no primeiro dia houve o Credenciamento dos participantes, a Plenária Inicial, a Conferência Magna¹¹⁰, as Reuniões Macrorregionais, o Grupo de Trabalho do Eixo V, um espaço aberto à discussão de temas gerais intitulado “Tribuna Livre” e a Solenidade de Abertura. O segundo dia foi dedicado aos Grupos de Trabalho dos Eixos I e II, as Rodas de Conversas, as Oficinas e uma programação cultural realizada antes do jantar. No terceiro e último dia houve os Grupos de Trabalho do Eixo III e IV, a Plenária Final e a Solenidade de Encerramento.

¹¹⁰ A Conferência Magna foi proferida pela pesquisadora do IPEA, Ana Amélia Camarano, e teve o título da conferência: O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil.

4.6.1. Quem são os participantes das Conferências?

Como observei nas Conferências anteriores, a programação da Conferência Nacional também era extensa e os atrasos foram recorrentes, causando cansaço entre os participantes e alterações nos horários das atividades. Um exemplo disso, foi o longo tempo despendido com o Credenciamento que, por sua vez, gerou atraso na Plenária Inicial. Assim, a Plenária estendeu-se até por volta das 13 horas e os participantes precisavam de um intervalo para alimentar-se, então a comissão organizadora decidiu interromper as atividades naquele momento e retomá-las após o almoço. Com isso, parte da votação do Regimento Interno e a Conferência Magna que estavam programadas para o turno da manhã passaram para a tarde, gerando alterações nos horários de todas as outras atividades da Conferência.

Como referido na seção anterior, torna-se relevante pensar sobre o modelo das Conferências e como ele estabelece determinados critérios de participação. Nesse sentido, cabe questionar não apenas como é a participação, mas também quais os idosos que participam desses fóruns de discussão das políticas públicas.

Não pretendo dizer com isso que a comissão organizadora da 3ª CNDPI não garantiu as condições necessárias de acessibilidade ou alimentação aos idosos, visto que houve a preocupação com a acessibilidade para os idosos, pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida como a disponibilização de elevadores, a sinalização dos ambientes, bem como uma descrição textual simultânea em um telão disposto no auditório que possibilitava a leitura das discussões durante as plenárias.

O “atendimento prioritário”, direito garantido por lei aos idosos, foi incluído pelos organizadores, em especial com relação ao acesso ao refeitório, pois o local não comportava muitos participantes. Assim, como muitos participantes tinham prioridade no atendimento por razão da idade, foram estabelecidas escalas de prioridade, ou seja, as prioridades da prioridade.

Cada participante da Conferência recebeu uma pulseira de cor diferente que indicava a sua escala de prioridade e, por consequência, a sua ordem de entrada no refeitório. Por exemplo, as pessoas com mais de 80 anos e/ou com deficiência receberam a cor azul e deveriam ser as primeiras a entrarem no refeitório, os participantes entre 60 e 70 anos receberam uma pulseira amarela e entrariam em seguida e assim por diante.

Tendo em vista os atrasos para os intervalos de almoço, os critérios etários ou de deficiência não comportavam as especificidades narradas pelos idosos diante daquela situação: alguns eram “idosos mais jovens”, porém tinham alguma doença que impossibilitava ficarem muitas horas sem se alimentar; outros eram “idosos mais velhos” e deveriam ser os primeiros da fila, mas queriam almoçar com os colegas de delegação, que não necessariamente possuíam a pulseira da mesma cor – a qual era uma forma de identificação das escalas de prioridades; havia também “idosos mais jovens” em cadeiras de rodas que estavam acompanhadas por participantes não idosos que, por sua vez, deveriam ser os últimos da fila.

A fila era organizada por algumas moças e rapazes de uma empresa contratada pela comissão organizadora. Eles tentavam seguir a escala de prioridades estabelecida previamente, mas o que pude observar foram questionamentos exaltados por parte dos idosos quanto àqueles critérios de organização. Eles alegavam tanto a prioridade sem distinções - já que eram todos “idosos” - quanto contestavam os critérios descrevendo suas doenças, dores ou simplesmente a fome que sentiam devido ao horário. Em meio ao tumulto, alguns idosos sentiram-se desrespeitados e mal tratados pelos funcionários da empresa e essa questão foi comentada e discutida em conversas informais durante toda a Conferência.

A partir dos episódios etnográficos apresentados, retomo a pergunta sobre quais os idosos que participam da Conferência. Nesses espaços encontram-se idosos que, independentemente da idade, estão aptos a deslocar-se até Brasília, a permanecer mais de 4 horas sentados em um grande auditório a cada atividade, a ficar sem alimentar-se por longos períodos de tempo, a percorrer muitos metros para chegar aos bebedouros ou aos banheiros e, principalmente, a enfrentar essa rotina por três dias consecutivos. Em outras palavras, são os idosos considerados ativos, autônomos e independentes.

4.6.2. A participação dos idosos e as mediações do Estado

De acordo com os regimentos, os regulamentos e os textos de orientação para as Conferências municipais, estadual, distrital e nacional, deve-se privilegiar a participação de idosos, principalmente como delegados. Na etapa nacional, a recomendação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso é que metade do número de dos participantes sejam idosos, que 60% do total de participantes sejam representantes

da sociedade civil (idosos ou pessoas que atuam junto aos idosos ou entidades que atendam idosos) e os outros 40% sejam representantes do governo.

Essa recomendação do CNDI segue as diretrizes da política do envelhecimento ativo que tem como um de seus pilares a participação, como citado anteriormente. As Conferências, nesse sentido, são espaços privilegiados de participação onde os idosos podem “tomar consciência” que são sujeitos de direitos e “protagonistas”, ou seja, são espaços de aprendizagem sobre mobilização política, direitos sociais, controle social e políticas públicas como se observa no seguinte trecho do material elaborado para as Conferências de Direitos do Idoso de 2011, intitulado “Orientações para as Conferências municipais, regionais e estaduais dos Direitos da Pessoa Idosa”:

Primeiramente, é preciso reconhecer que o idoso é um cidadão de direitos e que ele mesmo pode e deve lutar por seus direitos. Por isso, a pessoa idosa deve aproveitar todas as oportunidades para aprender e perguntar sobre os seus direitos, discutir o Estatuto do Idoso, a Política do seu município, do Estado e do Brasil. Além disso, é importante participar de grupos ou reunir pessoas interessadas, conhecer as lideranças e os gestores das políticas do seu município e mobilizar a sociedade para defender suas ideias, influenciar a agenda do governo e indicar as prioridades. Neste sentido, a Conferência é uma excelente oportunidade para essa aproximação entre o idoso e/ou seu representante e aqueles do poder público e do governo (Brasil, 2011c, p.6).

É interessante notar que, nas etapas municipais e estaduais, há uma presença maior de conselheiros idosos no planejamento e na organização das Conferências, apesar da participação majoritária dos representantes governamentais no financiamento e na condução das discussões durante o evento.

Contudo, na etapa nacional observei que o comitê executivo da Conferência foi formado exclusivamente por pessoas ligadas a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e a comissão organizadora era composta por representantes de Ministérios (MDS, MS, MCidades) e de entidades que atuam junto aos idosos (COBAP, ABRAZ, CIAPE, ANG-Brasil, entre outros)¹¹¹, a maioria não idosos.

Além disso, os facilitadores e relatores dos Grupos de Trabalho, de acordo com o Regulamento proposto e aprovado na 3ª CNDPI, deveriam ser indicados pela comissão organizadora. Ficava a cargo dos participantes do GT escolherem um coordenador e os conselheiros dos Conselhos estaduais e do Conselho nacional:

¹¹¹ As siglas se referem às seguintes entidades, respectivamente: Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos; Associação Brasileira de Alzheimer; Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento; Associação Nacional de Gerontologia do Brasil.

Cada Grupo de Trabalho contará com um facilitador indicado pela comissão organizadora nacional, para colaborar na organização da dinâmica do grupo de trabalho, um relator indicado pela comissão organizadora nacional para sistematizar as discussões e organizar o registro das propostas aprovadas e a serem referendadas pela Plenária Final, um coordenador escolhido no GT, preferencialmente dentre os delegados idosos, para organizar e orientar o tempo e a dinâmica do trabalho a ser desenvolvido. No mínimo 6 conselheiros, sendo 2 representantes do Conselho Nacional de Direitos do Idoso, 4 representantes de Conselhos Estaduais ou Distrital de Direitos do Idoso para propor e mediar o debate em torno do Eixo Temático (Brasil, 2011b, art. 15).

Comparando o Regulamento da 3ª CNDPI com o da 2ª Conferência Nacional realizada em 2009 (Brasil, 2010), observa-se que os GTs da 2ª CNDPI deveriam contar com, no mínimo, um representante do Conselho Nacional de Direitos do Idoso. Assim, tem-se um facilitador e um relator e, no mínimo, 6 conselheiros (não necessariamente idosos) para propor e mediar o debate e também sistematizar as propostas. O facilitador, segundo as orientações do CNDI, deve ser “uma pessoa de referência sobre o tema” (Brasil, 2011b, p.18). O coordenador - única função mencionada de modo específico a ser ocupada “preferencialmente” por um idoso escolhido pelos participantes do GT - deve “organizar e orientar o tempo e a dinâmica do trabalho”.

Chamo atenção para esse artigo do Regulamento da 3ª CNDPI porque ele mostra como a mediação institucional, realizada por gestores e técnicos, está incorporada na organização da Conferência, como pretendo discutir nesta subseção.

Para que seja possível discutir todos os Eixos Temáticos durante as Conferências que ocorrem, em geral, durante dois ou três dias, os Grupos de Trabalho acontecem simultaneamente. Com isso, torna-se necessário que os delegados escolham os temas que desejam discutir e se dividam nos GTs. As delegações de cada estado tentam dividir-se de modo que tenham delegados participando de todas as atividades e discussões e, assim, podem defender e votar nas propostas oriundas de seus estados. Os observadores e convidados, apesar de não terem a possibilidade de votar, podem assistir e participar dos debates nos Grupos de Trabalho e nas Plenárias.

Sendo assim, logo que recebi o Texto Base - material disponibilizado no Credenciamento com as informações sobre a programação e as propostas que serão discutidas nos Eixos Temáticos - selecionei algumas atividades que tinha interesse em participar, em especial os Grupos de Trabalho dos Eixos Temáticos e a Reunião da Macrorregião Sul.

Devido às alterações da programação, a primeira atividade do segundo dia eram as Reuniões Macrorregionais. Encontrei-me com as conselheiras do COMUI e

algumas delegadas que representavam o Rio Grande do Sul e nos dirigimos para a sala onde se discutiriam as questões referentes à região Sul.

A Reunião tinha como objetivo trocar experiências, levantar questões consideradas prioritárias para a região e elaborar um documento intitulado “Carta dos Idosos da Região” que seria lido ao final da Conferência para conhecimento e referendo da plenária e, posteriormente, incluído no Relatório da 3ª CNDPI.

Participantes dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul lotaram a sala reservada para a Reunião. Uma mesa disposta à frente do público era ocupada pela facilitadora e pela relatora, ambas indicadas pela comissão organizadora, e pelo coordenador escolhido pelo grupo. Um telão conectado a um computador projetava ora algumas propostas, ora uma página em branco que deveria ser preenchida pelo relator com as questões levantadas pelos participantes e que, em seguida, se tornaria a Carta dos Idosos da Região Sul. Esse formato da condução das discussões ocorreu em todos os Grupos de Trabalho, como constava no Regulamento e como observei durante a Conferência.

A Reunião da Macrorregião Sul foi pautada basicamente por três questões principais: a institucionalização de idosos e a necessidade de se pensar outras formas de cuidado que envolva não somente a família, mas também o Estado; a necessidade do fortalecimento das políticas públicas a partir da criação de Secretarias do Idoso, a exemplo das Secretarias de Mulheres que existe em alguns municípios e estados brasileiros; a captação de recursos orçamentários e financeiros e a distribuição destes de modo a garantir a implementação da política e os direitos dos idosos.

Outras questões como, por exemplo, os empréstimos consignados, a gratuidade do transporte intermunicipal, a regulamentação da profissão de cuidador e a qualificação desses profissionais, os direitos previdenciários e de renda, a violência contra os idosos também foram pautadas na Reunião e foram incluídas na Carta. Porém, as discussões foram mais breves, com uma quantidade menor de participantes inscrevendo-se para falar sobre elas e, conseqüentemente, houve menos narrativas sobre experiências relacionadas a essas questões.

Na Reunião da Macrorregião Sul, vários representantes de Conselhos inscreveram-se para falar, muitos não eram idosos, mas trabalhavam em entidades ou instituições que atuam junto à população idosa. Ao chegar sua vez de falar, cada um ia à frente do público, ao lado da mesa e começavam a narrar situações vivenciadas por idosos que estão em ILPIs filantrópicas, a denunciar a falta de instituições públicas para

abrigar idosos que não contam com a família e não possuem renda para pagar as instituições privadas, a trazer exemplos de experiências consideradas exitosas como a implementação de Centros-Dia¹¹².

A questão do cuidado de idosos e da institucionalização foi levantada, igualmente, na Conferência Magna. A pesquisadora do IPEA, Ana Amélia Camarano, logo no início de sua fala, chamou atenção para o cuidado do “idoso fragilizado” que deve ser entendido como um direito social e assumido pelo Estado, assim como ocorreu com os benefícios previdenciários e os programas de promoção de renda adotados pelo governo. Ressaltou, ainda, que o direito ao cuidado não está explícito nos documentos da política do idoso; o que está presente nos documentos é a responsabilidade pelo cuidado do idoso dependente, que continua como sendo da família em primeiro lugar.

Retomarei essa discussão do cuidado e da institucionalização mais detalhadamente no quinto capítulo, ao tratar dos idosos em situação de “risco social”, dependência e vulnerabilidade que constam nos Procedimentos Administrativos do Ministério Público/RS.

Neste momento, destaco as duas outras questões mais discutidas na Reunião e que estão interligadas: a criação de Secretarias do Idoso em âmbito municipal, estadual e federal e a captação e alocação de recursos financeiros. A proposta de criar Secretarias do Idoso tem como objetivo criar uma “pasta” própria para a população idosa. A partir das discussões observadas durante a Reunião compreendi que, ter uma “pasta” do idoso, significava possuir recursos orçamentários dedicados exclusivamente para a implementação de uma política integral e multidisciplinar de atenção a essa população específica e, com isso, a proteção e a defesa dos direitos dos idosos.

Para os idosos ou seus representantes que participavam da Reunião, a inclusão das demandas dos idosos em outras “pastas” (da Saúde, da Assistência Social, do Esporte, do Desenvolvimento Social) dificulta a criação de políticas efetivas para os idosos, pois compete com outros segmentos que, muitas vezes, são considerados mais prioritários, tais como as crianças e os adolescentes. Algo semelhante ocorre em casos em que existem Secretarias Municipais as quais reúnem diferentes grupos ou áreas

¹¹² O Centro-Dia é um espaço para atender idosos que possuem limitações para as atividades da vida diária (AVD), ou seja, algum grau de dependência, que convivem com as suas famílias, mas não dispõem de meios para o atendimento integral no próprio domicílio. Os serviços oferecidos, em geral, num Centro-Dia estão ligados as áreas da assistência social, saúde (fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, etc), lazer e sociabilidade. É um espaço onde os idosos permanecem durante o dia recebendo atendimento multiprofissional e depois das atividades voltam para o convívio familiar.

como a “pasta” de uma única Secretaria Municipal que inclui “Juventude, Esportes, Lazer, Idoso e Criança”, para citar um exemplo de um município do Rio Grande do Sul.

Assim como observado na Conferência Municipal de Porto Alegre, as narrativas de reivindicação de direitos para os idosos trazem uma comparação com outros segmentos populacionais ou áreas abrangidas pelos Direitos Humanos. A disputa pelo reconhecimento do envelhecimento da população como uma realidade que exige atenção por parte do poder público torna-se constante nesses espaços de discussão, como expressou uma delegada, representante do Conselho Estadual do Idoso do Paraná, durante essa Reunião na 3ª CNDPI: “não existe política pública acompanhando o envelhecimento da população”.

As discussões sobre orçamento público estiveram presentes não apenas nessa Reunião da Região Sul, mas também nas Reuniões das outras regiões, como é possível notar nas demais Cartas Regionais¹¹³. O tema do orçamento foi pauta do Eixo IV, além de ter sido discutido em todos os Grupos de Trabalho, como apresentarei a seguir, tendo em vista que as ações e programas propostos pelas políticas públicas necessitam de recursos para se efetivarem.

Os dois Eixos que seriam discutidos concomitantemente no segundo dia da Conferência - o Eixo I que tinha como tema as políticas de Estado e o Eixo II sobre o protagonismo, de acordo com o descrito anteriormente - interessavam às minhas questões de pesquisa. Escolhi participar do Grupo de Trabalho do Eixo I, porque era o Eixo com o maior número de propostas, 112 no total, e com temas bastante variados como legislação, saúde, assistência social, previdência social, transporte, lazer, violência contra os idosos, Instituições de Longa Permanência para Idosos, cuidado e cuidadores, educação, capacitação de conselheiros e de profissionais que prestam serviços aos idosos, criação de cursos de Gerontologia e inclusão da disciplina em cursos de ensino superior, entre outras.

As discussões se estenderam durante parte da manhã e à tarde, visto ser necessário reduzir ao máximo o número de propostas prioritárias desse Eixo, e considerando que, na Plenária Final, seriam aprovadas apenas 10 das 112 propostas. Assim como previsto pela comissão organizadora, formou-se uma mesa composta por um facilitador, um relator e um coordenador. Os delegados (idosos e representantes

¹¹³ As Cartas Macrorregionais apresentadas na Plenária Final da 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa estão disponíveis em <http://portal.mj.gov.br/sedh/3cndpi/pages/cartas.html>. Acesso em: 07 de maio de 2013.

governamentais) levantavam-se para falar e, a cada opinião sobre as propostas que deveriam ser prioridade, ou a cada narrativa de experiências de idosos de diferentes lugares do país, surgiam, também, comentários e conversas paralelas entre o público que permanecia sentado.

A facilitadora preocupava-se com o tempo e explicava a todo instante que seria necessário excluir propostas, reunir algumas em uma única proposta a partir da formulação do texto e que os participantes fossem breves em suas explanações. Assim, a sugestão de metodologia de trabalho era que elas fossem mostradas no telão, lidas pela facilitadora, discutidas entre o grupo e que o relator procedesse imediatamente com as alterações ou exclusão das propostas.

A discussão de 112 propostas e exclusão de praticamente 90% delas que já haviam sido eleitas nas outras Conferências como sendo prioritárias não é uma tarefa simples e as tensões foram se apresentando rapidamente. As primeiras oito propostas a serem discutidas diziam respeito a alterações na legislação referente aos critérios de inclusão para o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC)¹¹⁴ e as aposentadorias e pensões.

Percebi que o tema da previdência social mobilizou o público masculino e foram as discussões com a maior participação de homens. Delegados e conselheiros que representavam associações de aposentados e pensionistas narraram episódios sobre “a lutas dos aposentados” e as suas participações nas manifestações, analisaram os avanços e retrocessos das questões previdenciárias nos últimos anos e defenderam, principalmente, o fim do fator previdenciário, os reajustes e a igualdade da faixa etária masculina e feminina (60 anos) para o recebimento dos benefícios.

Outro tema que gerou bastante discussão entre os participantes do GT foi a saúde. Eram 24 propostas específicas sobre questões relacionadas à área da saúde como a política de humanização, os planos de saúde, saúde mental, prevenção e promoção de saúde, nutrição, medicamentos, farmácia, centros de referências especializados, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), atendimento de urgência e emergência, contratação de profissionais de saúde (em especial geriatras e gerontólogos).

¹¹⁴ O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

As discussões desse tema, por sua vez, foram levantadas, principalmente, pelas mulheres. As intervenções de gestores e técnicos que estavam participando do GT foram mais recorrentes no momento das discussões das propostas da área da saúde. Tanto no GT de Saúde da Conferência Estadual, onde as pessoas da mesa e a maioria dos delegados eram técnicos/profissionais de saúde, quanto nessa discussão de saúde da Conferência Nacional, as intervenções tiveram um caráter de ensinamento, de mostrar o melhor caminho a ser seguido para a efetivação das políticas de saúde com base na experiência de trabalho de “pessoas de referência do assunto”.

Como referido antes, o tema do orçamento esteve presente em alguma medida em todas as discussões devido a viabilidade de execução das propostas a serem aprovadas. Porém, a captação de recursos para as políticas públicas deliberadas na Conferência Nacional seria discutida em um Eixo específico, então a escolha das propostas prioritárias dos outros Eixos não levava em conta necessariamente como elas seriam colocadas em prática. Tratava-se de apresentar diretrizes para a política do idoso, demandas identificadas pelos próprios idosos que precisavam ser atendidas para assegurar a garantia dos direitos da população idosa brasileira.

Entretanto, ao longo da discussão das propostas, observei que algumas narrativas de idosos ou a defesa de determinadas propostas começou a incomodar representantes de secretarias e conselheiros governamentais, gerando comentários sobre a “falta de compreensão sobre orçamento” e sobre “como pedir”, pois “a gestão municipal tem que saber de onde vem o recurso”. As conversas paralelas e tais comentários ao meu redor foram se ampliando até que uma conselheira governamental que participava da Conferência como observadora vira-se para mim e fala: “Eles [os idosos] são ingênuos, do mesmo jeito dos índios. Tinha que ter um curso de orçamento para todo mundo”.

4.7. Como (e qual) protagonismo está sendo construído?

Os programas voltados para a “terceira idade”, como discutido no segundo capítulo, foram criados com o objetivo de proporcionar lazer, “resgatar a dignidade”, “reduzir os problemas da solidão”, “quebrar os preconceitos”, como também para o “treinamento da cidadania”. Entretanto, nos últimos anos, é possível perceber uma mudança gradual nos discursos, na mobilização e participação dessa crescente parcela da população. Não pretendo dizer com isso que os objetivos descritos acima tenham

deixado de fazer parte dos grupos e programas, porém, outros elementos como a “autonomia”, a “independência” e a garantia dos direitos sociais do idoso passaram também a fazer parte do cotidiano dos idosos nesses espaços.

Vale mencionar que, em nenhuma das Conferências, eventos ou reuniões de Conselhos ouvi a categoria “terceira idade” (ou melhor idade, maior idade etc). Pelo contrário, escutei posições enfáticas sobre a importância de utilizar o termo “idoso”. Uma dessas ocasiões foi em um evento sobre Saúde do Idoso que participei em Brasília, em julho de 2011. Na ocasião uma participante comentou com uma conselheira do Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul sobre o termo “envelhecimento” ser muito interessante, pois remetia a uma fase da vida assim como “adolescência”. A conselheira foi firme ao explicá-la que “idoso” era uma “categoria política” e que, por isso, esse outro termo não poderia ser usado.

Diante do contexto internacional dos Direitos Humanos e a partir da criação do Estatuto do Idoso e da Política Nacional do Idoso no Brasil, direitos sociais para a população idosa foram definidos, a categoria política “idoso” ganhou destaque nos discursos, outros agentes passaram a fazer parte do contexto das políticas públicas, inclusive os próprios idosos. Entretanto, diante do contexto emergente da criação de espaços de fala para os idosos como os Conselhos de Direitos e as Conferências, ainda importa questionar a respeito da participação e do protagonismo dos idosos: O que se espera ouvir? O que (e como) deve ser dito? Quem é participante é também protagonista?

Os materiais técnicos e de divulgação da política, bem como as falas dos diversos agentes institucionais apresentam o que é ser idoso, insistem na importância de ter autonomia e independência durante o maior tempo possível, ressaltam a participação social e política como elemento constitutivo do sujeito de direitos, do “protagonista”.

Participando das Conferências, das reuniões de grupos de idosos e do Conselho do idoso, percebi que os idosos se fazem presentes em número maior do que anos atrás e as suas demandas ganham alguma visibilidade no âmbito público e institucional. Porém nos cabe questionar como está sendo construída atualmente a participação desses sujeitos de direito nos espaços deliberativos das políticas públicas, bem como pensar em que medida as experiências narradas pelos idosos, ou por eles, fazem parte também de uma ação política.

Nesse sentido, remeto-me a reflexão de Sarti (2009) para pensar sobre a questão da visibilidade (e invisibilidade) de determinados grupos a partir do

reconhecimento de uma característica constitutiva de uma identidade como, por exemplo, a “vulnerabilidade”. Estabelecer grupos populacionais específicos, ou patologias específicas, com base em definições prévias de vítima (ou de vulnerável), faz parte da lógica social da construção das políticas públicas de saúde, mas também de outras áreas consideradas fundamentais como moradia, educação e alimentação, por exemplo.

No contexto político e econômico brasileiro, nos confrontamos com recursos limitados para investimentos em políticas públicas para grupos específicos e com a organização crescente de grupos na reivindicação de direitos (mulheres, crianças e adolescentes, população negra, LGBT, indígena, vítimas de violência, pessoas vivendo com HIV/AIDS, para citar apenas alguns). Em alguma medida (e em situações específicas), se define quem é mais e quem é menos vulnerável¹¹⁵, priorizando o atendimento em serviços de saúde e outras ações de políticas públicas.

Quando a presidente do COMUI dirige-se a ministra dos Direitos Humanos reivindicando que a população idosa receba a mesma atenção dispensada às mulheres e as crianças e aos adolescentes, ela estabelece, por um lado, a semelhança entre os grupos em relação a sua vulnerabilidade e, por outro lado, uma distinção no que diz respeito à sua visibilidade.

Em outras palavras, os idosos também são considerados vulneráveis, assim como as mulheres, as crianças e os adolescentes, contudo, encontram-se em uma situação de invisibilidade se comparados a eles. Nesse caso, a invisibilidade significa falta de recursos orçamentários e de efetivação de políticas públicas para os idosos. Por isso, tem-se a defesa da criação de Secretarias do Idoso na Conferência Nacional, uma demanda expressa por idosos de todas as regiões do país.

Ao problematizar a questão da organização dos grupos que representam os direitos dos idosos ou do chamado “movimento social dos idosos”¹¹⁶, autores como Belo (2002), Peres, Vieira e Pastana (2005) e Neri (2005) discutem a contribuição desses grupos para a criação das políticas. De acordo com os referidos autores, a formulação de documentos como a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso não contou com a participação dos idosos, sendo protagonizados por um conjunto de

¹¹⁵ Uma alusão à expressão de Cláudia Fonseca e Andrea Cardarello (1999): “quem é mais e quem é menos humano”.

¹¹⁶ A PNI refere-se aos “movimentos de idosos”, no tocante as áreas de cultura, lazer e esporte. Ver Lei 8.842/94, Art. 10, parágrafo VII, item “c”, disponível no site do MDS, como mencionado anteriormente.

organizações da sociedade civil, cujos principais representantes são: o Serviço Social do Comércio (SESC), a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), a Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP).

A partir da análise do Estatuto do Idoso, Neri (2005) defende a vigência da noção de que a velhice é um problema médico social. Tal noção surge dos questionamentos apresentados pela autora com relação às responsabilidades cabíveis a família, ao Estado e à sociedade; ao risco de infantilização, de biomedicalização da velhice, de segregação, de preconceitos e de tutela pelo poder público. Com isso, questiona a ambiguidade quanto à possibilidade efetiva de autonomia e protagonismo do idoso, apesar de deixar claro que não se trata de negar a pertinência dos documentos ou a legitimidade do Estado em dispor princípios e normas sobre os direitos dos idosos.

Com relação à participação dos idosos nas Conferências, o material de orientação, já citado anteriormente, dispõe de uma seção intitulada “como mobilizar e qualificar a participação nas Conferências de 2011”, onde enfatiza:

(...) é fortemente recomendável sensibilizar os técnicos e gestores para fazerem o exercício de não falarem pelos idosos, mas estimulá-los a participar e a expressar o que eles acham que tem dificultado a sua participação nos Conselhos e Conferências e o que pode ser feito para melhorar (Brasil, 2011c, p.13).

Contudo, apesar de haver um discurso que privilegia a participação dos idosos e, com isso, o protagonismo, o que se observa em tais eventos é que eles são marcados pela mediação de agentes institucionais. Na tentativa de consolidar a política não se dá tanta voz ao idoso, tendo em vista que as discussões são organizadas e conduzidas seguindo a formatação e o direcionamento do Estado. Assim, construir sujeitos de direitos a partir de um espaço de discussão com regras pré-estabelecidas por pessoas que, em geral, não são idosos contradiz justamente a premissa do protagonismo.

A meu ver, isso está relacionado a naturalizar a própria ideia do protagonismo do idoso, ou seja, tratá-lo como algo que está posto, que já foi estabelecido. Não pensar o protagonismo do idoso como uma construção, como algo recente no contexto político do país, é negar a história e constituição particular do grupo. Nesse sentido, faz crer que o idoso precisa apenas “tomar consciência”, como se fosse algo da natureza humana e não um processo de aprendizagem.

No âmbito dos discursos, estar presente, participar e ser protagonista apresenta-se, muitas vezes, como sendo sinônimo ou como etapas pelas quais todos passarão. Contudo, isso não ocorre necessariamente assim, pois ao definir que existem protagonistas pressupõe-se a existência de coadjuvantes. Assim, aqueles que estão presentes ou que participam podem, em determinado momento, ser protagonistas, coadjuvantes ou mesmo plateia.

CAPÍTULO 5

Quando a política invisibiliza

A pesquisa etnográfica desta tese, como explicitado no primeiro capítulo, foi realizada com diferentes agentes, em esferas e níveis diversos, mas que, de algum modo, estavam interconectados a partir de aspectos relacionados aos idosos, à saúde e às políticas públicas. No presente capítulo, discuto a última das quatro esferas pesquisadas: os Procedimentos Administrativos da 7ª Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos (PJDDH) do Ministério Público/RS.

Os Procedimentos Administrativos tornaram-se *objetos* de pesquisa relevantes, na medida em que me aproximaram das relações entre os idosos considerados dependentes, frágeis, vulneráveis e/ou em situação de “risco social” e algumas instituições como as famílias, as Secretarias Municipais, as ILPIs e o Ministério Público. Foram esses documentos que me possibilitaram refletir sobre uma parcela da população idosa que não é mais “ativa”, “saudável”, “independente”, que não participa de grupos de idosos, de Conselhos ou Conferências de Direitos e que segue invisibilizada para as políticas públicas e, de modo geral, para a sociedade.

Analisando os Procedimentos Administrativos, observei tensões estabelecidas na relação entre família e Estado no tocante à responsabilização pelo cuidado dos idosos. A busca por familiares é realizada pelas assistentes sociais do Ministério Público até que se esgotem todas as possibilidades de encontrar algum familiar que assuma a responsabilidade pelos cuidados com o idoso, seja no âmbito domiciliar ou institucional.

Em geral, apresentam-se duas situações: a família do idoso não é encontrada, apesar das sucessivas investigações por parte das assistentes sociais; ou a família é localizada, mas se recusa a assumir sozinha a responsabilidade com o idoso dependente, tendo em vista à falta de políticas públicas específicas para idosos que necessitam de cuidados especializados.

Nesse contexto, o MP solicita que a administração pública municipal o faça através da institucionalização do idoso em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Inicialmente, o MP requer uma “medida de proteção, com pedido liminar de antecipação dos efeitos da tutela em benefício do idoso” para que o município de Porto Alegre providencie abrigo em ILPI, bem como avaliações médicas, tratamento de saúde ou internação, de acordo com a necessidade do idoso. Contudo,

inicia-se um prolongado jogo de empurra-empurra entre as Secretarias Municipais e, também, entre as ILPIs filantrópicas que tomam como base as próprias leis e políticas da Saúde e da Assistência Social referentes aos cuidados e a institucionalização para justificar a impossibilidade de cumprir as medidas solicitadas pelo Ministério Público.

Assim, importa discutir o modelo familiar (e informal) de cuidado com os idosos, as moralidades e as tensões na relação entre família e Estado que, em certa medida, são intensificadas pelas políticas públicas voltadas à população idosa. Proponho analisar tais questões a partir das narrativas encontradas nas “avaliações sociais” dos Procedimentos Administrativos e nos ofícios expedidos pelas Secretarias Municipais que compõem o Inquérito Civil referido no primeiro capítulo.

Para isso, o capítulo está dividido em três seções:

- A primeira seção traz uma breve contextualização sobre o Ministério Público e os Procedimentos Administrativos;
- Na segunda seção apresento as “avaliações sociais” que trazem as narrativas das assistentes sociais sobre os idosos e embasam os Procedimentos Administrativos no tocante as “providências” que devem ser tomadas a favor dos idosos;
- Na terceira seção discuto, a partir das “avaliações sociais” e de outros documentos que compõe os Procedimentos Administrativos, questões relacionadas à família e ao Estado com relação a responsabilização e cuidado com os idosos.

5.1. O Ministério Público e os Procedimentos Administrativos

O Ministério Público (MP) atua em defesa da cidadania e dos direitos humanos, por meio de seus Promotores e Procuradores de Justiça, os quais exercem atribuições nas mais diversas áreas e instâncias como, por exemplo, nas questões referentes ao direito à saúde, à assistência social, aos direitos dos idosos e dos deficientes, a não discriminação racial, de orientação sexual e ao acesso à educação. De acordo com informações disponibilizadas pela instituição¹¹⁷, o Ministério Público do Rio Grande do Sul possui Promotorias de Justiça em todas as comarcas do Estado, sendo que em algumas cidades há Promotorias de Justiça Especializadas em Defesa

¹¹⁷ Disponível em: <www.mp.rs.gov.br> Acessado em: 08/06/2012.

Comunitária ou em Defesa dos Direitos Humanos. Em Porto Alegre, há cerca de trinta Promotorias e entre elas está a Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre, a qual compete a proteção dos direitos dos idosos.

As atribuições conferidas ao Ministério Público para a defesa dos direitos e garantias constitucionais dos idosos, por meio de medidas administrativas ou judiciais, podem ser encontradas na Constituição de 1988, na Lei Orgânica Nacional do Ministério Público (Lei n.º 8.625/1993) e, de forma mais específica, no Estatuto do Idoso. Este último, estabelece que o MP possui legitimidade para exercer diversas ações, entre elas, requerer e determinar medidas de proteção, Ação Civil Pública¹¹⁸ e fiscalizar as entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso.

As medidas administrativas ou judiciais requeridas pela Promotoria do Ministério Público são encaminhadas diretamente as pessoas ou às instituições competentes. O objetivo é que as atribuições legais em favor das pessoas idosas sejam cumpridas, tanto no âmbito individual quanto de forma mais ampla, no sentido de defender os interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos de todos os idosos.

As medidas requeridas e determinadas pelo MP são encaminhadas através de procedimentos administrativos ou processos judiciais, estabelecendo um prazo para que as pessoas ou instituições se manifestem e cumpram as ações previstas na Lei. Ocorre que os caminhos percorridos por esses procedimentos administrativos ou processos judiciais podem ser mais ou menos longos, curtos, ágeis ou demorados. Isso porque eles tramitam, em geral, por vários órgãos e podem esbarrar em determinados limitações institucionais.

Os Procedimentos Administrativos (PAs) pesquisados dizem respeito a idosos que necessitam de cuidados de saúde, moradia e assistência social. Como mencionado anteriormente, o Ministério Público procura em primeiro lugar a família. Caso não consiga encontrá-la ou ela não se responsabilize pelo idoso, solicita às Secretarias da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), em especial a Secretaria Municipal de Gestão e Acompanhamento Estratégico (SMGAE), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), a disponibilização de vagas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Os PAs são compostos, inicialmente, pelos dados pessoais do idoso, a descrição do *fato* (a denúncia, o motivo pelo qual se instaurou o PA), as avaliações das

¹¹⁸ Lei de Ação Pública, Lei Federal nº 7.347, de 24 de julho de 1985.

assistentes sociais, laudos médicos e/ou psiquiátricos e ofícios de solicitação das medidas com prazo estipulado para ser cumprido. Após iniciar a tramitação pelas Secretarias vão se somando outros documentos como, por exemplo, ofícios, despachos, medidas de proteção, manifestações e contestações (que, em geral, apresentam a impossibilidade da Secretaria em cumprir a solicitação e indicando outro órgão).

As assistentes sociais são as profissionais responsáveis pelo acompanhamento direto dos casos através de contatos telefônicos, correspondências eletrônicas, entrevistas com os idosos, familiares, cuidadores, vizinhos, informações de outras assistentes sociais e/ou profissionais de saúde e demais pessoas ligadas ao idoso em questão, além de visitas domiciliares e/ou hospitalares desde a abertura do Procedimento Administrativo até o seu arquivamento.

A partir de tais informações, coletadas pelas assistentes sociais, são elaboradas as chamadas “avaliações sociais”, onde constam descrições das conversas com as pessoas envolvidas na denúncia, das entrevistas, das visitas e, por vezes, apresentam imagens fotográficas de idosos e de suas residências. As narrativas trazem uma espécie de histórico do idoso, referente às suas relações familiares e de vizinhança, questões de saúde (incluindo prontuários, laudos e receituário médico), as condições de moradia, a situação de risco, vulnerabilidade e dependência em que o idoso se encontra, bem como prescrições morais e encaminhamentos para que seja solucionado o caso.

O parecer das profissionais do Serviço Social é a parte final das “avaliações sociais”, onde constam os encaminhamentos sugeridos por elas para cada caso. O parecer é repassado para o(a) Promotor(a) de Justiça para que se possa construir uma versão/decisão sobre o caso e solicitar providências a favor dos idosos, que dizem respeito à solicitação de vagas no sentido de se efetuar a institucionalização do idoso. Os pedidos de tomada de providências são direcionados, em primeiro lugar, à família e, posteriormente, às instituições como as secretarias municipais e as ILPIs.

Ao tomar esse material como *objeto* de análise, chamou-me a atenção as constantes idas e vindas de ofícios às Secretarias municipais, devido às respostas de impossibilidade de cumprir a solicitação do MP e às situações adversas de idosos à margem, inclusive, da própria política pública. Outro aspecto importante, em especial para a discussão proposta neste capítulo, são as avaliações e os pareceres construídos pelas assistentes sociais que podem ser vistos como peças-chave na construção dos PAs.

Adriana Vianna (2002), em sua tese “sobre práticas, expedientes e gestão da *menoridade*”, propõe pensar a construção dos processos de guarda e adoção de crianças

e adolescentes a partir de três positivities: como bens administrativos em circulação, como experiências de negociação em vários níveis e como redefinidores de limites familiares ou domésticos. Ao discutir a primeira positividade, a autora refere que esta deve ser pensada em relação à distância entre o falado e o escrito, em especial se levarmos em consideração o escrito como mecanismo de controle burocrático e afirmação ou construção de autoridade. Explica que o conjunto de relatos que compõe os processos precisa ser tomado como resultado da conversão de falas e experiências de interação em depoimentos escritos e, depois, em peças para a produção de uma decisão administrativa ou judicial.

Um dos elementos fundamentais nessa decisão ou “solução administrativa” são os estudos sociais das assistentes sociais, eles são “a alma” dos processos (Vianna, 2002, p.90). No caso dos Procedimentos Administrativos do Ministério Público, as “avaliações sociais” são também fundamentais para se produzir “soluções”. Mas, além disso, as narrativas das avaliações tem um papel político na luta por direitos e políticas públicas para idosos.

Nas narrativas das assistentes sociais presentes nos documentos prevalece o discurso indireto (“o vizinho disse que”, “a idosa não soube informar”), com raras exceções onde aparece a fala de um entrevistado (idoso, familiar, vizinho) citada entre aspas. Se o idoso estiver em instituição hospitalar ou asilar, as assistentes sociais do Ministério Público, em geral, não entram em contato direto com ele. As informações a respeito do estado de saúde, da situação financeira e familiar do idoso, entre outras, são repassadas pelas assistentes sociais ou funcionário responsável da instituição na qual o idoso se encontra. As audiências com familiares também são agregadas às “avaliações sociais”, o termo de audiência é incluído e apresentado com o mesmo discurso indireto das entrevistas, conversas e visitas.

Contudo, isso não diminui a riqueza das narrativas para uma pesquisa etnográfica. As “avaliações sociais” são também realidades em construção, elas vão sendo montadas ao longo do tempo e as assistentes sociais tentam “traduzir” as experiências dos idosos considerados “dependentes”, “vulneráveis”, “excluídos” e, portanto, sem possibilidade de participação em espaços como os Conselhos de Direitos dos Idosos e Conferências.

Remeto-me novamente a Vianna (2002) para pensar sobre a etnografia com documentos e, em especial, as especificidades das narrativas burocráticas:

Suponho, portanto que, se o olhar para os processos exige – como qualquer outro olhar construtor de etnografias, diga-se de passagem – que se fique atento às condições de produção das narrativas com as quais se está lidando, isto não se dá pelo fato desta ser uma narrativa mais socialmente fabricada que qualquer outra. As descrições e riquezas que podem ser extraídas desse tipo de produto narrativo são similares, embora de natureza bastante diversa, das extraídas através do “trabalho de campo”, modo por excelência de construção de etnografias. Uma vez que busco nos processos não uma verdade que os transcenda, mas as suas possíveis verdades enquanto produção social, faço movimento semelhante ao de qualquer etnógrafo, mesmo que partindo de papéis, carimbos e falas traduzidas para a linguagem do depoimento judicial (Vianna, 2002, p. 86-87).

Assim como a autora, busco refletir sobre o que podemos acessar através desses documentos, pensando que eles são, ao mesmo tempo, “objetos” socialmente construídos e “objetos socialmente construtores de novas realidades, de capitais de autoridade, de limites e formas de intervenção administrativa” (Vianna, 2002, p. 88).

5.2. As avaliações sociais

Nesta seção apresentarei resumidamente três “avaliações sociais” de Procedimentos Administrativos que constam no Inquérito Civil instaurado pelo Ministério Público. A primeira avaliação é referente a uma idosa que morava “por caridade” na casa do antigo empregador e que devido a um quadro de demência foi institucionalizada sob a responsabilidade de uma sobrinha dele; a segunda avaliação apresenta à situação de vulnerabilidade de uma idosa e de sua filha “que sofre com problemas mentais”; e a terceira avaliação diz respeito a um idoso em situação de alta hospitalar. Tanto no caso das idosas Maria e Joana, quanto de José (nomes fictícios), as assistentes sociais realizaram as “avaliações sociais” a partir de visitas, contatos telefônicos e entrevistas com familiares, vizinhos ou responsáveis que “não possuem condições de cuidar” e consideraram ser necessária a intervenção do MP.

5.2.1. Joana

Joana, 77 anos, já residia em uma ILPI quando o Procedimento Administrativo foi instaurado em 2010. A declarante que procurou o Ministério Público para “pedir providências” em relação à Joana havia se tornado sua responsável depois do diagnóstico de alguns problemas de saúde que impossibilitaram a idosa de morar sozinha, porém elas não tinham nenhum vínculo familiar.

A declarante contou a assistente social que Joana tinha sido cozinheira de sua avó materna e, em seguida, do tio materno. O tio, “por caridade”, deixou Joana morando num pequeno apartamento que possuía e estava desocupado. Depois da morte do tio, a declarante herdou o apartamento e permitiu que Joana continuasse morando no local, mantendo-se com a sua aposentadoria.

Entretanto, Joana adoeceu e, devido à situação de dependência para atividades cotidianas, ela não poderia mais morar sozinha. A médica do posto de saúde onde Joana recebia atendimento procurou a declarante (já que constavam seus dados como referência nos registros do posto) para conversar sobre o estado de saúde de Joana. Segundo a médica, a idosa deveria ser institucionalizada o quanto antes, pois necessitava de cuidados de saúde especializados e constantes. Na ocasião, a declarante aceitou ser responsável pela idosa e realizou a institucionalização numa ILPI privada.

De acordo com o relato da declarante à assistente social, a idosa estava bem no novo local de residência. Contudo, a instituição havia estabelecido contato recentemente para avisá-la que Joana apresentava comportamento agressivo e alterações psicológicas. A idosa sofria de hipertensão, diabetes e estava com anemia. Após as avaliações psiquiátricas solicitadas pela ILPI, Joana foi diagnosticada com *delirium*¹¹⁹ e sinais de demência. Na cópia do receituário, anexada a “avaliação social”, constava que Joana era “inapta para os atos da vida civil”.

Diante das mudanças na condição de saúde de Joana, a declarante não podia mais se responsabilizar por ela. Os motivos da decisão foram apresentados para a assistente social e diziam respeito ao aumento do valor da instituição (que para idosos dependentes ia muito além de um salário mínimo), ao cuidado com seus filhos pequenos, com o trabalho e, nesse sentido, a falta de tempo para mais essa responsabilidade. Informou que Joana tinha uma sobrinha que morava na Região Metropolitana de Porto Alegre e que não sabia da existência de outros parentes.

Com base no relato da declarante para a assistente social, o Procedimento Administrativo foi instaurado. O documento seguinte que foi anexado ao PA data de cerca de três meses depois. Nele, constam informações da estagiária de Serviço Social

¹¹⁹ *Delirium* é uma síndrome orgânico-cerebral que apresenta um quadro clínico de confusão e desorganização do discurso, desorientação temporal e espacial, rebaixamento do nível de consciência, alteração da atenção, do humor e do ciclo sono-vigília, agitação ou lentidão psicomotora, alucinações, entre outros sintomas (Dagalarrondo, 2008).

do Ministério Público sobre um contato realizado com uma ILPI filantrópica e com a declarante, pessoa responsável por Joana.

Os funcionários da ILPI explicam para a estagiária que não abrigam idosos semi-dependentes ou dependentes. Ela repassa essas informações para a declarante e esclarece ainda que o município de Porto Alegre não possui instituição pública para abrigamento de idosos em condições como a de Joana, que as instituições filantrópicas têm critérios específicos e que as particulares tem um custo mensal superior ao valor de um salário mínimo. Em todo caso, a estagiária possuía uma lista de endereços e telefones de instituições particulares e orientou que a declarante entrasse em contato com tais locais para verificar pessoalmente as possibilidades de abrigamento para Joana.

No mês seguinte, a declarante procurou novamente o MP para informar que não encontrou nenhum local compatível com a renda de idosa e “que continua bancando a diferença do valor, mas que está difícil”. Ela questionou e criticou “o andamento do PA”, bem como a falta de informações oferecidas sobre as ILPIs em relação às listas de espera e os critérios para entrada dos idosos. Em resposta, o MP disse que notificaria a sobrinha de Joana a comparecer na Promotoria de Justiça de Famílias e Sucessões.

Transcorridos alguns dias, a Promotoria de Justiça e Defesa dos Direitos Humanos pede sugestões a assistente social sobre o encaminhamento para o caso. Dez dias depois, a assistente social responde “que a situação social da idosa é semelhante a de outras tantas” do município. Além disso, ressalta “a omissão do poder público em garantir os direitos dos idosos que necessitam de residência assistida” e sugere que o caso seja encaminhado para providências junto ao Poder Executivo Municipal. Conclui orientando que o MP deve requerer ação judicial se a resposta ao pedido de providências for negativa.

No dia seguinte, o Ministério Público encaminha um ofício ao secretário da Secretaria Municipal de Gestão e Acompanhamento Estratégico (SMGAE) solicitando “vaga em ILPI no prazo de 30 dias”. Cerca de um mês e meio depois, outro ofício é expedido para a SMGAE reiterando a solicitação de vaga, porém com um prazo de 15 dias. Passado o prazo, outro ofício foi expedido nos mesmos termos do anterior.

Ao receber o terceiro ofício solicitando uma vaga para Joana em alguma instituição de responsabilidade do município, a SMGAE entra em contato com a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) para informações sobre vagas em suas instituições conveniadas. O chefe de gabinete da FASC responde a SMGAE que, por sua vez, encaminha a cópia da manifestação ao Ministério Público:

Parecer da FASC: Os convênios da FASC com as ILPIs existem, porém estas são de caráter social e não clínico (Decreto 1948 que regulamenta a Lei 8842 que dispõe da Política Nacional do Idoso, art. 181). A lei impossibilita o encaminhamento de idosos dependentes para as ILPIs que a FASC tem convênio. Para o caso de [Joana] recomenda-se internação em clínica geriátrica, recomendada pela Secretaria Municipal de Saúde (transcrição feita pela pesquisadora do referido ofício que consta no vol I. do Inquérito Civil).

O Ministério Público recebeu o ofício juntamente com o parecer citado acima e em 10 dias enviou novamente um ofício a SMGAE. Dessa vez, a solicitação (no prazo de 15 dias) era para providências quanto a vaga para idosa em uma clínica geriátrica recomendada pela SMS, tendo em vista a resposta da FASC.

No mês seguinte, um novo ofício foi enviado a SMGAE reiterando o pedido. Como não houve resposta e já havia se passado um mês, o MP expediu um ofício à Secretaria Municipal de Saúde solicitando vaga no prazo de 15 dias e com cópia dos documentos do Procedimento Administrativo, incluindo a manifestação da FASC. Na mesma data, também, foi enviado um ofício ao secretário da SMGAE com a mesma solicitação.

O Procedimento Administrativo de Joana, tal como consta no Inquérito Civil, “encerra-se” com esses ofícios de solicitação de vaga em ILPI após 11 meses entre a sua instauração e a tramitação nas Secretarias Municipais. Contudo, como não houve uma “solução” para o caso de Joana, pelo menos até o momento de finalização da pesquisa, o PA foi incluindo no Inquérito Civil e permanecia “aberto”, ou seja, não foi arquivado. Do mesmo modo, os outros dois PA que apresentarei a seguir, por não terem sido “solucionados” não haviam sido arquivados e foram incluídos no Inquérito Civil.

5.2.2. Maria

Maria estava com 80 anos e sua filha com 45 anos, em 2010, quando as assistentes sociais do Ministério Público receberam uma denúncia feita por uma pessoa que solicitou sigilo relatando que a idosa não estava mais lúcida, que sua filha sofria com problemas mentais e que ambas não tinham “mais condições de viverem sozinhas”. Maria era viúva, morava com sua única filha e possuía renda mensal (provavelmente pensão do falecido marido) de pouco mais de um salário mínimo.

As assistentes sociais contaram com a ajuda de uma vizinha para entrar no prédio e receberam algumas informações a respeito das condições do apartamento como, por exemplo, a falta de pagamento da energia elétrica e, conseqüentemente, o

corte do serviço pela companhia elétrica, a sujeira do local e a ajuda que elas recebiam dos vizinhos para se alimentarem.

Após a visita à casa de Maria, as assistentes sociais relataram detalhadamente na avaliação que consta no Procedimento Administrativo as condições de higiene da residência, a “desorganização” do local, as roupas inapropriadas que as moradoras vestiam na ocasião da visita e a falta de clareza para responder as perguntas sobre o cotidiano, saúde, renda, alimentação etc.

A vizinha informou sobre a existência de um cunhado de Maria; ele, inclusive, havia telefonado, mas não foi visitá-las depois de informado a respeito da condição de saúde de Maria e de sua filha. A assistente social fez contato telefônico com o cunhado e relatou “a situação caótica encontrada no domicílio da cunhada e da sobrinha, solicitando-o providências urgentes”. Ao receber a ligação, o cunhado disse que tinha recebido a informação da vizinha, mas imaginou tratar-se de problemas de vizinhos. Nessa mesma ligação, foi sugerido ao cunhado que levasse Maria e sua filha para morar perto dele e de sua família.

Alguns dias depois, a assistente social telefonou para a vizinha e esta informou sobre a visita do cunhado à Maria. Em seguida, a assistente social telefonou para o cunhado e ele contou que foi junto com a esposa visitá-las, que pagaram a conta de energia elétrica e que arrumaram um pouco a casa. A assistente social tornou a pedir providências. No contato telefônico seguinte, o cunhado disse que “não teria condições de ajudá-las, que tem medo de assumir compromissos financeiros e ter essa responsabilidade”. Além disso, afirmou que a cunhada não quer sair de casa e que “outros parentes não querem ajudar”.

Nas considerações finais, as assistentes sociais expressam a necessidade de intervenção do MP. Requerem que ambas sejam abrigadas em instituição, que seja realizada avaliação mental e ação judicial de interdição de ambas, caso consideradas incapazes. Pedem informações sobre o benefício na Previdência Social e que sejam realizadas audiências com os cunhados a fim de instá-los a assumir responsabilidades

A visita das assistentes sociais à casa de Maria ocorreu um mês depois da declaração sigilosa que culminou com a instauração do Procedimento Administrativo. Transcorrido mais um mês após a visita foi realizada uma avaliação psiquiátrica a partir dos dados coletados pelas assistentes sociais e também pelo “exame do estado mental” de Maria. O diagnóstico foi “transtorno mental decorrente de lesão e disfunção cerebral e de doença física não especificada” e os comentários forenses diziam que Maria

apresentava “alterações do estado mental que são incompatíveis com o autocuidado e com o exercício dos atos da vida civil”, o que configurava “risco para ela e para a filha”. A conclusão da avaliação psiquiátrica é que Maria é incapaz e necessita de internação.

A avaliação psiquiátrica foi incluída no Procedimento Administrativo e com base nos dados das avaliações, o Ministério Público solicitou uma Medida de Proteção, com pedido liminar de antecipação parcial dos efeitos de tutela, em benefício de Maria. A alegação era a “situação de risco” na qual a idosa se encontrava.

Nesse sentido, a tutela antecipada tinha como objetivo determinar que o município de Porto Alegre, através da Secretaria Municipal, órgão considerado competente, providenciasse a internação compulsória em hospital para a realização de avaliação médica e tratamento de saúde e, posteriormente, “a transferência da idosa para abrigo a expensas da municipalidade”.

Três meses depois, o Ministério Público recebe uma declaração de uma ILPI particular localizada na Região Metropolitana de Porto Alegre relatando que Maria e sua filha estavam residindo na instituição, conforme contrato firmado pelo cunhado. Um mês após receber a informação que ambas estão em instituição particular, o Ministério Público questiona a declaração expedida pela referida ILPI alegando que não há provas suficientes para demonstrar que a idosa não precisava mais de tratamento a ser custeado pelo município e que a instituição escolhida pelo cunhado é capaz de atender as necessidades de Maria. Assim, o MP solicita comprovação documentada sobre a investigação diagnóstica e do tratamento, de acordo com a avaliação psiquiátrica realizada anteriormente.

5.2.3. José

Quando o Procedimento Administrativo foi instaurado, em 2011, José estava com 61 anos. Ele era viúvo e possuía renda mensal de um salário mínimo. O Ministério Público foi acionado pela assistente social do hospital público onde José estava internado. Junto com o parecer da assistente social do hospital, constava o atestado médico descrevendo as condições de saúde de José. Apesar de encontrar-se “cl clinicamente estável e em condições de alta hospitalar”, ele alimentava-se por sonda, tinha limitações de movimentos, mantinha-se mudo e sem comunicação com a equipe e necessitava do uso de fraldas geriátricas.

Antes da internação, José morava sozinho, não mantinha contato com familiares e recebia a ajuda de uma vizinha para as atividades domésticas. Diante do quadro clínico e do atestado médico que ressaltava que “o paciente encontra-se incapaz de gerenciar sua própria vida”, José não podia continuar morando sozinho e necessitava de cuidados de saúde e acompanhamento constante.

Partindo dessas informações, as assistentes sociais iniciaram a “avaliação social”. Elas conseguiram o endereço da referida vizinha e o contato telefônico de um primo de 2º grau de José e da mãe do primo. A vizinha foi a primeira a ser procurada e narrou a “vida pregressa” de José. Contou que eles se conheciam desde a adolescência, descreveu as dificuldades financeiras pelas quais passaram ao longo dos anos, a amizade que ela tinha com o casal e o apoio que prestou ao idoso depois da viuvez.

A vizinha expressou que gostaria que José retornasse para a sua residência. Entretanto, devido à situação de saúde que ele apresentava e tendo em vista que não havia previsão de recuperação, ela não tinha condições de cuidar dele e nem de contratar uma cuidadora. Informou a assistente social que sabia de uma ILPI no interior do estado com um preço acessível, mas que não desejava que ele fosse para este local, pois não queria “perder o vínculo com o vizinho”. As outras instituições sugeridas pelo Serviço Social do hospital custavam, no mínimo, 800 reais, não sendo compatível com a renda do idoso.

Alguns dias depois, a assistente social telefonou para os familiares de José. Estes disseram que eram “parentes distantes”, que “não tinham condições de cuidar, nem de ajudar financeiramente”. A mãe do primo de José disse que a família que sempre cuidou dele deveria continuar cuidando, inclusive providenciando uma “clínica”. A assistente social encerrou esta parte da narrativa da “avaliação social” com a frase final que ouviu da mulher: “Por fim, foi taxativa: ‘não podemos fazer nada’”.

As assistentes sociais do MP realizaram, também, contatos com ILPIs. A instituição do interior mencionada pela vizinha explicou que “não atendiam as normas do Ministério da Saúde para oferecer este tipo de cuidado”. Em seguida, duas instituições filantrópicas de Porto Alegre foram procuradas pelas assistentes sociais. Uma delas recusou-se a prestar o serviço, alegando que devido a dificuldades financeiras a instituição estava impossibilitada de receber idosos dependentes de cuidados. A outra ILPI informou que a enfermaria tinha capacidade para 20 moradores, estava lotada e que “não era critério da instituição receber acamados”.

Nas considerações finais da “avaliação social”, a assistente social apresenta preocupação com a possível perda de vínculos com a família afetiva, caso o idoso mude para outra cidade. Além disso, mostra uma postura crítica com relação à política do município e traz considerações que não dizem respeito apenas ao idoso em questão:

(...) não existe no Município de Porto Alegre política pública que contemple a assistência mínima a pessoas dependentes de cuidados, que dispõe apenas de 1 salário mínimo para o seu sustento. Após a hospitalização, nada há para oferecer ao cidadão porto alegreense. Esperar por uma solução do Poder Executivo representa, outrossim, deixar o paciente por longo tempo, ocupando leito em Hospital de Alta Complexidade, sem necessidade e exposto a riscos inerentes à internação (transcrição feita pela pesquisadora da referida avaliação social que consta no Vol. I. do Inquérito Civil).

Com isso, a assistente social sugere que a Promotoria requeira “internação coletiva e ao mesmo tempo individualizada, com as pertinentes ações judiciais, para que os direitos das pessoas sejam garantidos”.

Apesar do Procedimento Administrativo a favor de José ter uma data posterior a dos outros dois PAs apresentados, ele instaura o Inquérito Civil que, como referido antes, solicita vagas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (IPLIs) para idosos dependentes de cuidados, que não contam com assistência familiar e que possuem renda de 1 salário mínimo.

Isso ocorreu porque após o recebimento da correspondência encaminhada pelo Serviço Social do hospital onde José permanecia em situação de alta hospitalar, a 7ª Promotoria de Justiça e Defesa dos Direitos Humanos (PJDDH) solicitou ao cartório que verificasse se tramitava (ou já havia tramitado) algum Inquérito Civil ou peças de informação referente ao assunto da disponibilização de vagas em ILPIs.

Dias depois da solicitação, o cartório retornou informando que havia encontrado uma Ação Civil Pública (ACP) da 1ª PJDDH contra o município de Porto Alegre, instaurada em 2007, referente à criação de serviço para atendimento de pacientes necessitando de cuidados especiais pós-alta hospitalar. A ACP traz dados sobre a investigação do tema em 2007 como, por exemplo, as demandas as assistentes sociais, especial do Grupo Hospital Conceição (GHC) e a constatação da inexistência de instituição pública para atender a demanda de idosos em “situação de risco” e em “exclusão social”. Além dessas informações, a apresentação dos “fatos” traz mais uma justificativa para a abertura da Ação Civil Pública:

A sociedade clama por uma solução para o problema, não restando ao Ministério Público outro rumo, senão o presente remédio jurídico, no sentido de provocar o Poder Judiciário (...) determinando ao Município de Porto Alegre irrestrita obediência aos ditames constitucionais (...) com a criação de um serviço (...) (transcrição feita pela pesquisadora da referida Ação Civil Pública que consta no Vol. I. do Inquérito Civil).

A Ação Civil Pública instaurada pela 1ª PJDDH, após apresentar os “fatos”, citar vários artigos da Carta Magna, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Assistência Social e da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), solicita que o município de Porto Alegre seja condenado “a criar serviço com 50 vagas para atendimento pós-alta hospitalar” e a pagar multa diária de 5000 reais em caso de descumprimento, entre outros. Os documentos dessa Ação Civil Pública são anexados ao Inquérito Civil 2011 e se soma a outros Procedimentos Administrativos.

5.3. “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania”¹²⁰: quem se responsabiliza pelo cuidado do idoso dependente?

Na construção dos Procedimentos Administrativos e, particularmente, das “avaliações sociais”, percebo dois aspectos fundamentais. Um deles é o foco nas descrições sobre a situação de saúde do idoso (com especificações de doenças, vestimentas, higiene pessoal) e o local em que se ele encontra (relatos narrativos e imagéticos da casa, incluindo descrição sobre o cheiro do ambiente, os móveis e a comida encontrada na geladeira). Essas descrições, indicam a vulnerabilidade, o “risco social”, a situação de dependência do idoso e, com isso, justificam a necessidade de “providências urgentes” relacionadas à responsabilização e ao cuidado com o idoso, por parte da família ou do Estado.

Outro aspecto importante, e que está presente tanto nas “avaliações sociais” quanto em outros documentos que compõem os PAs, são as narrativas que expressam a falta de políticas públicas para essa parcela da população idosa. Exemplo disso é quando a assistente social expõe nas considerações final de sua avaliação “que a situação social da idosa é semelhante a de outras tantas” do município e que há “omissão do poder público em garantir os direitos dos idosos que necessitam de residência assistida”.

Do mesmo modo, os Procedimentos ampliam a questão do direito a cuidado e moradia no nível individual para o coletivo quando afirmam, em outro documento, que

¹²⁰ Art.3º da Política Nacional do Idoso.

“a sociedade clama por uma solução para o problema, não restando ao Ministério Público outro rumo, senão o presente remédio jurídico” de obrigar o município a disponibilizar um serviço com 50 vagas para abrigar idosos dependentes e/ou em situação de “risco social”.

Os eventos vividos pelos idosos - e narrados pelas assistentes sociais nas “avaliações sociais” - buscam organizar uma experiência de adoecimento, vulnerabilidade e dependência em um contexto específico de interação com instituições e de reivindicação por direitos.

Rabelo (1999), em sua pesquisa sobre as narrativas de Doença Mental no Nordeste de Amaralina, explica que é preciso perceber as narrativas em seu contexto de interlocução. Os eventos narrados criam um campo para a ação coletiva e, assim,

(...) postulam certas identidades e impelem os atores participantes da situação da fala a tomar posições condizentes com o estado de coisas apresentado. Tratar relatos como instâncias de ação significa, em larga medida, vincular o significado ao contexto de sua produção. O discurso não é expressão de uma subjetividade isolada, mas uma tomada de posição em um campo interativo (Rabelo, 1999, p.78).

Nesse sentido, é preciso recuperar o contexto dialógico em que o discurso se situa, ou seja, as relações com outras vozes atuantes neste contexto. As narrativas apresentadas nos PAs embasam as “soluções” individuais e imediatas, mas reforçam e justificam o objetivo principal do Inquérito Civil que é incluir a questão do direito aos cuidados a saúde (fora do âmbito hospitalar e familiar) para essa parte da população idosa em políticas públicas do município com a criação de vagas em instituições.

Apesar das reivindicações por políticas públicas para idosos considerados dependentes e incapazes expressas nos PAs estarem referidas exclusivamente a institucionalização, as assistentes sociais do Ministério Público defendem que a institucionalizar o idoso deve ocorrer somente em última instância e que a responsabilização pelo cuidado deve ser em primeiro lugar da família. Assim, em consonância com a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, empregam esforços na busca por familiares e nas tentativas em “instá-los a responsabilidade” através de entrevistas, visitas, telefonemas e audiências.

Contudo, importa perguntar: o que o Ministério Público (e as políticas públicas) entende como família? A tradicional distinção entre o que é natural e o que é cultural no parentesco parece está posta nesse contexto. O parentesco dado por laços de

consanguinidade em oposição ao parentesco feito por outros signos, elementos e valores, como refere Carsten (2000). Para a autora, o conceito de *relatedness* (conectividade) remete às relações conectivas que independem do laço consanguíneo, em atenção à afetividade, afinidade e “partilha de substâncias” (comida, trabalho, ações cotidianas). Com efeito, os laços de proximidade são criados pela procriação, mas também pelos atos de cuidar, partilhar, viver junto. Na perspectiva de Carsten (2000), o laço de sangue por si só não constitui parentesco, pois há um espaço que precisa ser preenchido por signos de proximidade e afetividade.

A referência de família para o MP parte dos laços de sangue (irmãos, tios, netos e mesmo primos de segundo grau ou cunhados) e estes, quando encontrados, justificam a impossibilidade em assumir a responsabilidade com o parente pela não constituição efetiva desse parentesco, ou seja, porque não se falam há muito tempo, não se visitam, não moram próximos, não compartilham.

As buscas por “familiares” é constante, mas o que se observa na maioria dos PAs é que essa “família” não se vê como tal e, por isso, também “não pode fazer nada”, “não tem condições de cuidar” do idoso dependente, tem “medo de assumir a responsabilidade”. Por outro lado, ao se observar as narrativas apresentadas nos documentos referentes às relações cotidianas de idosos como Joana, Maria e José, o que se percebe são vizinhos e pessoas sem laços de sangue compartilhando afeto, comida, trabalhos domésticos, moradia e cuidado.

Nesse sentido, torna-se relevante pensar sobre os modelos de família naturalizados e internalizados em nossa sociedade. Sarti (2004) também traz contribuições às questões levantadas ao discutir como a noção de família tem como referência definições cristalizadas e socialmente instituídas por diversos dispositivos disciplinares (jurídicos, médicos, religiosos, pedagógicos), bem como pelos meios de comunicações. Com isso, questiona as definições e modelos estabelecidos, propondo pensar a família não como a soma de “indivíduos unidos por laços biológicos, mas pelos significantes que criam os elos de sentido nas relações, sem as quais essas relações se esfacelam, precisamente pela perda, ou inexistência, de sentido” (Sarti, 2004, p. 18).

Outra questão importante nesse contexto, refere-se ao modelo informal de cuidado com os idosos que, no Brasil, está historicamente relacionada à troca de renda por cuidados entre pais idosos e filhos adultos, principalmente nas camadas mais pobres. Essas trocas têm sido possibilitadas especialmente pelas mulheres que abrem

mão da participação no mercado de trabalho ou enfrentam maiores jornadas de trabalho fora e dentro do espaço doméstico (Sorj, 2004).

Contudo, mudanças sociais e demográficas apontam a necessidade de reflexão e busca de outros modelos de cuidado aos idosos. De acordo com o IBGE (2010, p. 86), “no período compreendido entre 2000 e 2010, houve um crescimento expressivo da proporção de pessoas que moravam sozinhas, representando 12,1% do total das unidades domésticas unipessoais”. Em 2010, o país contava com 6,9 milhões dessas unidades, sendo 88% dessas unidades situadas em cidades (zona urbana) e com a distribuição de sexo equívale.

No entanto, quando se faz um recorte por grupos de idade, nota-se um maior número de mulheres com 60 anos ou mais de idade morando sozinhas. Entre as 20 cidades com maior percentual de unidades domésticas unipessoais e pessoas idosas estão 4 cidades do Rio Grande do Sul e Porto Alegre é a capital com o maior número de idosos morando sozinhos, como mostra a tabela abaixo:

Gráfico 8: Total de unidades domésticas em domicílios particulares, percentual de unidades domésticas unipessoais nos municípios com maiores percentuais de unidades domésticas unipessoais e pessoas com 60 anos ou mais de idade, segundo os municípios selecionados e as Unidades da Federação em 2010.

Código do município	Municípios selecionados e Unidades da Federação	Total de unidades domésticas em domicílios particulares	Percentual de unidades domésticas unipessoais nos municípios com maiores percentuais de unidades domésticas unipessoais (%)	Percentual de pessoas com 60 anos ou mais de idade (%)
4307104	Herval/ RS	2 586	26,3	17,5
3115607	Cedro do Abaeté/ MG	445	25,2	17,8
5106703	Ponte Branca/ MT	651	24,3	16,9
5101209	Araguainha/ MT	387	23,7	15,5
3119807	Córrego Danta/ MG	1 215	23,1	18,4
3127909	Grupiara/ MG	507	23,0	15,8
3107208	Bocaina de Minas/ MG	1 789	23,0	14,0
3532306	Natividade da Serra/ SP	2 406	22,7	17,3
5200506	Aloândia/ GO	801	22,6	18,3
3170602	Vargem Bonita/ MG	798	22,4	14,8
5108105	Tesouro/ MT	1 125	22,0	13,2
4317301	Santa Vitória do Palmar/ RS	11 245	21,8	15,0
3168200	Tapira/ MG	665	21,6	16,5
3123205	Dores do Indaiá/ MG	4 975	21,5	18,4
4314902	Porto Alegre/ RS	508 503	21,4	15,1
3157278	Santa Bárbara do Monte Verde/ MG	946	21,4	13,5
3115904	Chácara/ MG	965	21,3	16,4
3162252	São João da Lagoa/ MG	1 446	21,2	11,0
3159308	Santa Rita de Jacutinga/ MG	1 775	21,1	18,3
4311502	Lavras do Sul/ RS	2 638	21,0	15,9

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Fonte: IBGE, 2010, p.90.

Assim, a partir dos dados do Censo 2010, observa-se que, além do aumento da população idosa e da expectativa de vida, como apresentado no terceiro capítulo, cresceu o número de pessoas com 60 anos e mais de idade morando sozinhas. Todavia, o fato das pessoas idosas morarem sozinhas não quer dizer que elas vivam solitárias, sem laços familiares ou redes de sociabilidade.

O objetivo ao trazer esses dados é refletir sobre como as mudanças na estrutura familiar, a maior participação da mulher no mercado de trabalho, as baixas taxas de fecundidade, o crescimento do número de casais sem filhos (que no período de 2000 a 2010 passou de 14,9% para 20,2% do total de famílias), a ocorrência de famílias

monoparentais femininas (que nesse mesmo período passou de 15,3% para 16,2%), bem como o aumento de pessoas envelhecendo e morando sozinhas deve ser levado em conta nas definições de família e nas atribuições de responsabilidade e cuidado, em especial nos dispositivos jurídicos.

Como o modelo de família e de cuidado que se busca não se enquadra necessariamente nas relações cotidianas de idosos e nos contextos em que vivem, a responsabilização com o idoso passa da família ao Estado de modo linear e sem possibilidade de colaboração.

De acordo com o art. 3º da Política Nacional do Idoso, que trata dos princípios que regem a política a tríade família/sociedade/Estado como responsável pelo idoso, aparece como o primeiro princípio: “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” (Brasil, 2010, p. 6). Também o art. 3º do Estatuto do Idoso a mesma tríade é apresentada:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003c, p. 8).

Os dois documentos trazem exatamente o mesmo texto referente ao atendimento que deve ser priorizado para o idoso: “priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência” (Brasil, 2010, p. 7; Brasil, 2003c, p. 9).

Assim, esgotadas as tentativas de responsabilizar a família para que leve o idoso para ser cuidado em casa (algo que muitas vezes requer insumos, equipamentos e um cuidador especializado e/ou com tempo para dedicar-se a atividade de cuidar) ou para ser institucionalizado, os Procedimentos Administrativos seguem por meses tramitando pelas Secretarias Municipais que se amparam nas lacunas da lei para justificar a falta de serviços de cuidado aos idosos.

Como mencionado em um dos documentos do Ministério Público, a FASC ampara-se no art. 4º, parágrafo único, da Política Nacional do Idoso para responderem negativamente as solicitações do Ministério Público. O artigo diz que “é vedada a

permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social” (Brasil, 2010, p. 7).

A Secretaria Municipal de Saúde, por sua vez, justifica a impossibilidade de atender à solicitação de vagas de ILPIs para idosos dependentes com base nos dois documentos que explicitam que a assistência à saúde do idoso será garantida por intermédio dos serviços oferecidos pelo SUS. Os serviços do SUS dizem respeito à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, não ficando estipulada a responsabilização (e despesas) de abrigamento prolongado para as ações de saúde.

As ações que geram as “avaliações sociais” (visitas, entrevistas, contatos telefônicos etc.), as investigações para localizar as famílias e as audiências posteriores, a tramitação de ofícios entre Secretarias e o Ministério Público apresentam outro aspecto fundamental: o tempo da burocracia.

Enquanto ele segue transcorrendo com ofícios encaminhados repetidamente durante meses e com prazos de 30 dias ou 15 dias “solicitando providências urgentes” que não são cumpridas, Joana, Maria, José e tantos outros esperam uma “solução”. No cotidiano de uma ILPI, de uma residência considerada “caótica”, de um hospital público e à margem dos grupos de idosos, das reuniões de Conselhos ou Conferências e das políticas públicas, eles esperam pela família, pela sociedade e pelo Estado.

Os números de idosos considerados dependentes, vulneráveis, incapazes e sob a tutela do Estado são difíceis de contabilizar, inclusive para o próprio Ministério Público, que não dispõe de um banco de dados com informações específicas. Mas, segundo o cálculo informal feito pelas assistentes sociais, estima-se que 80% declarações e denúncias que a PJDDH recebe por ano seja referente a pessoas idosas e a morte chega antes da família, da sociedade ou do Estado.

Por fim, busquei chamar atenção nesse capítulo para outros modos de envelhecer presentes em nossa sociedade. Os “casos” de Joana, Maria e José nos auxiliam a pensar que “viver bem até mais que 100”, que envelhecer ativo, saudável e autônomo são metas almejadas por idosos, famílias, gestores das políticas públicas e sociedade. Porém, a partir do momento em que isso não é mais possível, os esforços do Estado e de suas políticas públicas continuam visando soluções pontuais, reforçando, assim, a responsabilização individual com relação aos cuidados com a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um fenômeno presente na realidade da população brasileira e que, de acordo com os dados demográficos, tende a aumentar, invertendo a pirâmide etária do país nas próximas décadas, como demonstrado no terceiro capítulo. Nesse sentido, o Brasil passa a se configurar como um país que envelhece. O aumento da expectativa de vida e do número de pessoas acima de 60 anos tem sido festejado por órgãos governamentais, pela imprensa, pela medicina enquanto uma conquista que pouco tempo atrás era experimentada somente pelos países desenvolvidos.

Contudo, a população dos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, está envelhecendo rapidamente e enfrentando desafios particulares, de acordo com seus contextos econômicos, sociais, políticos e culturais. No contexto brasileiro, o envelhecimento suscita questões relacionadas à família e seus diferentes arranjos, à seguridade social (saúde, assistência social e previdência social), à construção de novos “sujeitos políticos” e à participação deles na reivindicação pela garantia de direitos sociais, a criação e efetivação de políticas públicas, entre outras.

As questões suscitadas pelo envelhecimento enquanto fenômeno social envolvem diversos agentes em esferas e níveis distintos que, de algum modo, estão conectados. Essa conexão torna-se possível de ser traçada à medida que nos afastamos de uma lógica de pensamento binária que, em geral, separa as políticas do cotidiano, assim como opera a separação mente/corpo, pensado/vivido.

Assim, meu objetivo, ao longo da tese, foi traçar as conexões entre os agentes, as esferas e os níveis que estão relacionados aos três temas deste trabalho: envelhecimento, saúde e políticas públicas. E as questões que nortearam a tese estão relacionadas ao modo de envelhecer subjetivado pelas políticas públicas e aos agenciamentos cotidianos dos idosos com tais políticas e seus mediadores.

No decorrer da pesquisa foi cada vez mais perceptível que as dimensões políticas, sociais, econômicas não apenas tinham conexão, como eram indissociáveis da vida cotidiana. A etnografia realizada junto ao grupo de idosos do posto de saúde, com os documentos das políticas públicas voltadas para a população idosa, nas Conferências de Direito e com os Procedimentos Administrativos do Ministério Público/RS me possibilitaram compreender as interações e, também, as disjunções que existem entre eles.

Observei que as políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa, em especial a política de saúde denominada Envelhecimento Ativo, seguem as orientações propostas pela política de promoção de saúde que passou a ser discutida pela Organização Mundial de Saúde na década de 1980 e tem como referência a Carta de Ottawa. A proposta da política de promoção de saúde enfatizou a importância do contexto social e dos “estilos de vida” na determinação do processo saúde-doença.

Assim, buscou associar ao conceito de saúde um conjunto de valores como qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, entre outros. Além disso, incluiu a responsabilização do indivíduo pelo seu bem-estar físico, psicológico e social, redução de doenças, produtividade e participação social e, principalmente, pelo prolongamento da vida. Não de qualquer vida, mas de uma vida ativa e saudável.

A década de 1980 foi um período marcante no contexto brasileiro, devido a redemocratização do Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde e a emergência de novos atores na reivindicação de direitos sociais que favoreciam o fortalecimento desses valores que estavam sendo discutidos a nível mundial. Em relação aos direitos e às políticas de saúde específicas para a população idosa, a discussão ganhou destaque com o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madri, em 1982, e se intensificou a partir da década de 1990, quando as organizações internacionais como a OMS e a ONU chamaram atenção de seus países signatários para o envelhecimento mundial e as questões decorrentes dele.

Com a inserção das questões relacionadas ao envelhecimento na pauta política internacional e nacional, a categoria “idoso” - que começou a aparecer nos documentos e nos programas governamentais na década de 1970 - consolidou-se pelo Estado brasileiro no âmbito das políticas públicas e no reconhecimento dos idosos enquanto “sujeitos de direitos”. A criação e aprovação de três leis foram fundamentais para essa consolidação e, conseqüentemente, para as mudanças nas políticas públicas direcionadas para a população que envelhece: a Política Nacional do Idoso (1996), o Estatuto do Idoso (2003c) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006f).

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde elaborou, em consonância com as ações de promoção de saúde e sobre o envelhecimento da população mundial, o documento intitulado “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde”. A proposta da política baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização,

englobando aspectos mais amplos como, por exemplo, a integração entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. As políticas públicas e programas implementadas com base no Envelhecimento Ativo devem possibilitar a melhoria dos três pilares considerados prioritários para a pessoa idosa: a saúde, a participação e a segurança.

O Envelhecimento Ativo tornou-se o eixo central da política de saúde para os idosos no Brasil. A meta da política segue pressupostos da racionalidade liberal no sentido de obter a melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível, para o maior número de pessoas possível e com o menor ônus possível para o Estado. O “novo paradigma” estabelecido com a política direciona seu foco para o curso de vida e não apenas para as pessoas acima dos 60 anos, ou seja, as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde não estão voltadas somente para aqueles que já são considerados idosos, mas para toda a população ao longo da vida.

Assim, a constatação de que a população está envelhecendo e que esse processo deve ocorrer com saúde, mantendo a capacidade funcional, a independência e a autonomia passam a permear as ações das políticas públicas de saúde ao longo do curso de vida, do pré-natal à velhice. Ao mesmo tempo, o compromisso e a responsabilidade do indivíduo e da sociedade em manter a sua saúde, em adotar práticas saudáveis, em se planejar e se preparar para a velhice deve se iniciar o quanto antes.

Nesse contexto, os sujeitos são subjetivados por determinados saberes, o prolongamento da vida constitui-se como uma conquista da sociedade que, por sua vez, produz sujeitos saudáveis e ativos e, portanto, determinados modos de envelhecer. Partindo dessa perspectiva, tornou-se interessante pensar os modos de envelhecer que a política do Envelhecimento Ativo produz, na medida em que os idosos aceitam (ou não) tornarem-se sujeitos responsáveis na realização desse projeto.

A pesquisa etnográfica junto aos diversos agentes, em esferas e níveis também distintos, como mencionado antes, me permitiu acessar narrativas e observar agenciamentos cotidianos de idosos na relação com serviços de saúde, com instituições ligadas a reivindicação de direitos e seus mediadores. Nesse sentido, chamo atenção para aspectos que, a meu ver, contribuem para pensar as conexões entre envelhecimento, saúde e políticas públicas e as questões levantadas ao longo da tese como a construção do protagonismo, a participação, as narrativas de adoecimento, vulnerabilidade e dependência e os modos de envelhecer presentes nesse contexto.

Destaco, em primeiro lugar, o aspecto principal para as políticas públicas e para os idosos: estar ativo e saudável. O que está em jogo não é a idade cronológica, ou seja, a questão não são as possíveis classificações e diferenciações etárias como, por exemplo, idosos mais jovens ou mais velhos, pessoas acima de 60, 70, 80 ou 90 anos de idade ou centenários. O que diferencia as pessoas que fazem parte do segmento “idoso” e, conseqüentemente, como elas serão vistas pelo Estado e também pela sociedade e pela família é se estão ativas e saudáveis ou se estão dependentes (ou frágeis, vulneráveis, doentes, em situação de “risco social” etc).

É nessa diferenciação que residem as dúvidas e a contradição com relação ao envelhecimento em nosso país: o envelhecimento é uma conquista ou um problema? A pergunta da enfermeira do posto de saúde às idosas foi “quem não quer viver até mais que 100?”. Naquele momento, elas responderam à pergunta ao mesmo tempo em que a modificaram “depende como” vamos viver até essa idade. O que importava não era *quem* queria viver ou o *quanto* se viveria, mas *como* se viveria, tendo em vista que nenhuma delas queria “dar trabalho para a família”, “ser um problema” ou “não poder mais fazer as coisas em casa”.

Outro aspecto é a compreensão do caráter político da categoria “idoso”. A generalização e a homogeneização que a categoria carrega são criticadas por alguns pesquisadores do tema por não dar conta das particularidades de um grupo etário com maior intervalo temporal que qualquer outro, em média 40 anos (dos 60 aos 100 anos), sendo maior, inclusive, do que os ciclos da infância e adolescência juntos. Entretanto, a ênfase na categoria “idoso” observada entre os agentes e esferas da pesquisa, mostra a sua dimensão política que pretende justamente afastar-se de possíveis fragmentações do grupo, visando à construção de um “novo sujeito político” que estará em disputas com outros sujeitos políticos.

A categoria “idoso” reuniu, com base no critério etário (60 anos ou mais), esse segmento da população em um único grupo que englobou todas as outras categorias - “aposentados”, “pensionistas”, “velhos”, “terceira idade”, “melhor idade”, entre outras - que eram vistas, muitas vezes, como antagônicas ou diferentes. Parece-me que, nesse caso, a generalização e a homogeneização tornam-se estratégias de fortalecimento de um grupo inserido recentemente no contexto dos Direitos Humanos frente a outros grupos organizados na reivindicação de direitos como, por exemplo, o movimento negro, LGBT, indígena, de mulheres, de pessoas vivendo com HIV/AIDS, os movimentos em defesa das crianças e adolescentes etc.

As políticas públicas reconheceram os idosos como sujeitos de direitos, mas o reconhecimento e a construção de sujeitos de direitos são ações distintas e que implicam em aprendizados, mediações e agenciamentos no âmbito do extraordinário como em reuniões de Conselhos e Conferências. Mas, sobretudo, em agenciamentos cotidianos, no âmbito do ordinário, como realizar as atividades da vida diária (alimentar-se, tomar banho, usar o vaso sanitário, vestir-se, cozinhar, arrumar a casa, entre outras), caminhar pelas calçadas e atravessar avenidas, utilizar o transporte coletivo, ir ao banco, ao supermercado, à igreja, aos grupos de idosos e aos serviços públicos de saúde.

O idoso, como categoria política, está ligado ao modo de envelhecer das políticas no sentido que constrói sujeitos que são responsáveis por manterem-se ativos, saudáveis, autônomos, independentes e participativos. Contudo, vale lembrar que as políticas voltadas à população acima de 60 anos também são produzidas pelos sujeitos, tendo em vista que surgiram e se construíram a partir de agenciamentos de diferentes grupos como o dos aposentados, dos pensionistas e de terceira idade, referidos no segundo capítulo, e que hoje estão reunidos na categoria “idoso”. Diante da emergência da construção desses sujeitos, uma das perguntas levantadas dizia respeito mais especificamente à participação.

Observei que estar presente (em grupos, Conselhos e/ou Conferências), participar e ser protagonista apresentavam-se, muitas vezes, como ações sinônimas ou como etapas pelas quais todos os idosos iriam passar. Nesse sentido, a ideia naturalizada e formatada de protagonismo das instituições e seus mediadores, não contempla os agenciamentos dos idosos em suas construções enquanto sujeitos políticos e de direitos.

A partir das experiências de idosos, e de como elas são narradas, é possível perceber os agenciamentos e as formas de atuação política do grupo. No grupo de idosos do posto foi sutil e ao mesmo tempo evidente a recusa em discutir a Cartilha de saúde. As idosas preferiam conversar sobre os vizinhos, a família, o bairro, doenças e morte. Para as profissionais de saúde isso era motivo de preocupação, pois gerava um paradoxo: elas estavam em um serviço de saúde e (aparentemente) não queriam falar sobre saúde.

As narrativas das idosas na Conferência e das assistentes sociais que, em certa medida, falavam pelos idosos considerados dependentes e em risco social, expressavam recorrentemente condições potencialmente constitutivas do grupo como “adoecimento”, “vulnerabilidade” e “dependência”.

Para responder a esse paradoxo de se falar (ou não) sobre saúde é necessário estar atento a outras questões que ele suscita: onde se fala, como se fala, porque se fala e para quem se fala. As idosas do grupo do posto de saúde encontravam-se em um local referenciado por lembranças da vizinhança, do bairro, de afetos. A mediação dos encontros - a partir do modelo mais recente de ações de promoção de saúde - era feita pelas profissionais de saúde que também participavam das conversas, mas as idosas falavam principalmente para as amigas, para as vizinhas. Assim, sentirem-se dispostas para sair de casa, encontrarem as amigas do bairro, conversar sobre assuntos cotidianos e manter os vínculos com o posto e seus profissionais fazia parte de ações para o cuidado com a saúde.

Sobre as narrativas das idosas participantes das Conferências e das assistentes sociais do Ministério Público, percebe-se que elas têm como objetivo reivindicar direitos e tornar a população idosa visível para as políticas públicas. Portanto, trata-se de perguntar a quem essas narrativas se dirigem: ao poder público. Nesse sentido, a construção das narrativas de dor, adoecimento, sofrimento, vulnerabilidade, dependência são políticas, pois são as formas acionadas pelos sujeitos para se relacionarem com os órgãos da administração, responsáveis pela execução das ações de políticas públicas.

No tocante à “autonomia”, a “independência” e a “participação”, observei que fazem parte desse modo de envelhecer positivado pelas políticas públicas, em especial a política do Envelhecimento Ativo. Essa constatação e outros aspectos discutidos ao longo da tese não significam uma tentativa de avaliação das políticas públicas ou uma valoração de suas ações, e sim de compreender como essas políticas se constituíram nas últimas décadas. Além disso, busquei desvelar as conexões entre os agentes envolvidos, os níveis e esferas em que as políticas se apresentam e como produzem sujeitos e são, também, produzidas por eles.

Porém, é fundamental notar que outras experiências e outros modos de envelhecer continuam a coexistir. Ao mesmo tempo em que, por um lado, o Envelhecimento Ativo inclui e traz visibilidade para alguns idosos, por outro, acaba excluindo e deixando invisível outra parcela dessa população. As tensões entre a visibilidade e invisibilidade do envelhecimento, bem como as contradições que fazem parte da velhice também reverberam nas dificuldades do Estado, da família e da sociedade a lidarem com o tema, em especial aos aspectos relacionados à dependência e a responsabilização pelo cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIL CULTURAL. *Nosso século 1900/1910: a era dos bacharéis*. vol. 1. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

ACIOLE, Giovanni Gurgel. *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos médicos de Campinas e Região, 2006.

ALCÂNTARA NETO, Martiniano Sadeiro de. *O caso Haximu: a construção do Crime de Genocídio em um Processo Criminal*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), UFRJ/Museu Nacional/PPGAS, Rio de Janeiro, RJ, 2007.

ARZABE, Patrícia Massa. *Conselhos de Direitos e Formulação de Políticas Públicas*. [s.d.] Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/politicapublica/patriciamassa.htm>> Acesso em 01/02/2012

BARROS, Myriam Moraes Lins de. *Autoridade e afeto: avós, filhos e netos na família brasileira*: Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1987.

_____. Velhice na contemporaneidade. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers (org.). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

_____. *Velhice ou terceira idade?* Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

BATISTA, Jorge C. A estratégia de ajustamento externo do Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento. *Revista de Economia Política*. São Paulo, V. 7, nº 2, 1987.

BELO, Isolda. Diretrizes internacionais para o envelhecimento e suas consequências no conceito de velhice. In: Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, XII, 2002. *Anais...* Ouro Preto: ABEP, 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_PO4_Fonte_texto.pdf> Acesso em 03/05/2012.

BERQUÓ, Elza. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. *Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional*. MPAS/SAS. Brasília, 1996. p. 16-34.

BONET, Octavio. *Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. *Governo reforça rede de proteção e a garantia de direitos da população idosa*. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/noticias/governo-federal-reforca-rede-de-protecao-e-a-garantia-de-direitos-da-populacao-idosa/?searchterm=idosos>> Acesso em: 20 de fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Cartas Macrorregionais*. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/sedh/3cndpi/pages/cartas.html>>. Acesso em: 07 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Promoção do envelhecimento saudável: vivendo bem até mais que 100!:* Cartilha do usuário / Cristina Padilha Lemos, Sandra R. S. Ferreira; ilustrações de Maria Lúcia Lenz. - Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009a. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Promoção do envelhecimento saudável: vivendo bem até mais que 100!:* Cartilha do profissional de saúde / Cristina Padilha Lemos, Sandra R. S. Ferreira; ilustrações de Maria Lúcia Lenz. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009b. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica*. 2003a. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf>. Acesso em: 08 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: 2006b. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 148 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Brasil, 1986. Relatório.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos/PR. *Anais da 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: Avaliação da rede nacional de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa: avanços e desafios*. Brasília, 2010. 166 p.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH/PR. *Participação Social*. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.

Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/cndi>> Acesso em: 10 de jun. 2012.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH/PR. *Observatório Nacional do Idoso*. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/noticias/noticias_int.php?id_noticia=180> Acesso em: 20 de fev. 2012.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos/PR. Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos. *Texto-Base para a 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa*. Brasília, 2011b. 136 p.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos/PR. Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos. *Orientações para as Conferências Municipais, Regionais e Estaduais dos Direitos da Pessoa Idosa: passo a passo (versão preliminar)*. Brasília, 2011c. 55 p.

BRITTO DA MOTTA, Alda. Envelhecimento e sentimento de corpo. In: MINAYO, M. C. de Souza (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. “Chegando pra idade”. In: BARROS, Myriam Moraes Lins de. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

_____. A família multigeracional e seus personagens. *Educação & Sociedade*, vol. 31, núm. 111, abril-junho, 2010, pp. 435-458.

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1): 163-177, 2000.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*. 17 (49), 2003. p. 35-63.

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, p. 25-73.

CAMARANO, A. A e 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. p. 253-292.

CANCIAN, Renato. *Movimento estudantil e repressão política: o Ato Público na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1977) e o destino de uma geração de*

estudantes. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

CARSTEN, Janet. Introduction: cultures of relatedness. In: *Culture of relatedness: new approaches to the study of kinship*. Cambridge University Press, 2000.

CASTRO, Edgardo. *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CARVALHO, José Murilo. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CARVALHO, João Eduardo Coin de. Violência e Sofrimento Social: a resistência feminina na obra de Veena Das. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 17, n. 3, p. 9-18, 2008.

COKER, Elizabeth Marie “Traveling Pains”: embodied metaphors of suffering among Southern Sudanese refugees in Cairo. *Culture medicine and Psychiatry*. Vol. 28:1, p.15-39, 2004.

CZERESNIA, D., MACHADO, C. M. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAS, Veena. *Life and words: violence and the descent into the ordinary*. Berkeley: University of California Press, 2007.

DEAN, Mitchell. *Governmentality: power and rule in modern society*. London: SAGE Publications, 1999.

DEBERT, Guita G., SIMÕES, Júlio A. A aposentadoria e a invenção da “Terceira Idade”. In: DEBERT, Guita Grin (org.). *Textos didáticos – Antropologia e velhice*. IFCH/UNICAMP, Campinas – SP, nº 13: 31-48, 1994.

_____. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 12, n. 34, p. 39-56, jun. 1997.

_____. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp: Fapesp, 1999.

_____. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, Myriam Moraes Lins de. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

DOLL, Johannes, KARL, Fred. Demência e pedagogia social. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 10, 2006. p. 45-56.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência e saúde coletiva*. 8(1): 173-183, 2003.

DUMONT, Louis. *O individualismo*. Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro, Rocco, 1985.

ECKERT, C., ROCHA, A. L. C. Premissas para o estudo da memória coletiva no mundo urbano contemporâneo sob a ótica dos itinerários de grupos urbanos e suas formas de sociabilidade. *Revista Iluminuras*, Vol. 2, Nº 4, 2001. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/iluminuras/article/view/9122>

FERREIRA NETO, J. L. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. *Saúde Soc.* São Paulo, v.18, n.3, p. 456-466, 2009.

FIOCRUZ. *A Fundação*. História. Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/oswaldo-cruz> Acesso em: 01 de fev. 2014.

FONSECA, Cláudia, CARDARELLO, Andrea. Direitos dos mais e menos humanos. In: *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre: PPGAS/UFRGS, 10, 1999, p. 83-122.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: RABINOW, Paul e DREYFUS, Hubert. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. *Ditos & Escritos II - Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.

_____. *Em defesa da sociedade: curso do Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

_____. *Ditos & Escritos IV - Estratégia Poder-Saber*. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

_____. *Ditos & Escritos VII – Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e democracia: a luta da CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FREITAS, Carlos M. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D., MACHADO, C. M. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO-GHC. *Saúde Comunitária*. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/default.asp> Acesso em: 10 de out. 2010.

GIACOMAZZI, Maria Cristina Gonçalves. *O cotidiano da Vila Jardim: um estudo de trajetórias, narrativas biográficas e sociabilidades, sob o prisma do medo na cidade Porto Alegre (RS)*. 348 p. 1997. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997. TOMO I.

GOOD, Byron J. *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press, 2006.

GONDIM, G. M. M., MONKEN, M., et. al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C., BARCELLOS, C., MOREIRA, J. C. MONKEN, M. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. *A ideologia da velhice*. São Paulo: Cortez, 1986.

HOCHMAN, Gilberto. Políticas de Previdência Social no Brasil: gênese, história e possibilidades. In: DEBERT, G. G., GOLDSTEIN, D. M. (org.). *Políticas do corpo e o curso da vida*. São Paulo: Editora Sumaré, 2000, p. 251-266.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Famílias e domicílios - Resultados da amostra. Rio de Janeiro, 2010.

_____. *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2011.

_____. *Projeções da população - Brasil e Unidades da Federação*. Série Relatórios Metodológicos volume 40. Rio de Janeiro, 2013.

_____. *Censo Demográfico 2010* [base de dados na internet]. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: 05 de out. 2013.

KESSLER, Lucenira L. *Saúde e democracia: discursos e práticas de acolhimento em uma unidade de Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

KLEINMAN, Arthur. *The illness narratives: suffering, healing & the human condition*. New York: Basic Books, 1988.

_____. *What Really Matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger*. Oxford, Oxford University Press, 2006.

KLEINMAN, A., KLEINMAN, J. Suffering and its professional transformation: toward and ethnography of interpersonal experience. In: *Culture, Medicine and Psychiatry*. 15 (3): 275-301, 1991.

KLEINMAN, A., DAS, V., LOCK, M. In: *Social suffering*. Berkeley, Los Angeles, Londres: University of California Press, 1997.

- LALONDE, M. *A new perceptive on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1981.
- LAQUEUR, Thomas. *Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LEIBING, Annette. Olhando para trás: os dois nascimentos da doença de Alzheimer e a senilidade no Brasil. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 1, 1999. p. 37-56.
- LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. (Biblioteca de Saúde e Sociedade, vol. 4.)
- MARASCHIN, Clarice. Shopping Centers e estrutura espacial urbana. In: VIII Seminário Internacional da LARES - Mercados emergentes de Real Estate: novos desafios e oportunidades. 2008, São Paulo. *Anais...* São Paulo: LARES, 2008, p. 1-12.
- MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.
- MERHY et. al. (org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 pp.
- MEHRY, E. E., MALTA, D. C., SANTOS, F. P. *Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão*. [s.d.] Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2013.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Direitos Humanos*. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/dirhum>> Acesso em: 16 de jun. 2012.
- MINAS GERAIS. *Portal de Conselhos de Minas Gerais*: <www.conselhos.mg.org.br> Acesso em: 05 de fev. 2012.
- MINOGUE, Kenneth R. Liberalismo. In: OUTHWAIRE, W., BOTTOMORE, T. *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996, p. 420-424.
- MORAES, E. N. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.
- NERI, Anita Liberalesso. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no Estatuto do Idoso. *Revista A Terceira Idade*. São Paulo: SESC, Vol. 16 (34): 7-24, 2005.
- NEVES, Ednalva Maciel. *Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco*. São Luís: EDUFMA, 2008.

NOGUEIRA, Roberto P. Características econômicas da medicina liberal. *Educ. Med. Salud*. Vol. 25, n. 2, 1991.

NOTARI, Maria Helena de Aguiar e FRAGOSO, Maria Helena J.M. de Macedo. A Inserção do Brasil na Política Internacional de Direitos Humanos da Pessoa Idosa. *Revista de Direito GV*, São Paulo, vol. 7, n. 1, jan-jun 2011.

OLIVEIRA, Francisco Arsego. *Serviços de saúde e seus usuários: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária*. 214 p.1998. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento*. Viena, Áustria, 1982. Relatório.

_____. *Declaração de Brasília*. Brasília, Brasil, 2007. Relatório.

_____. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Resolução 217 (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948. Relatório.

_____. *Princípios das Nações Unidas em favor das Pessoas Idosas*. Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, 1991. Relatório.

_____. *Plano de ação internacional para o envelhecimento, 2002/Organização das Nações Unidas*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003b. 49 p. (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

ONU-BR. *A ONU e o direito internacional*. Disponível em: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-o-direito-internacional/> Acesso em: 08 de jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/UNICEF). *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 1979. Relatório.

PAIM, J. S., ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32 (4), 1998, p. 299-316.

PEIXOTO, Clarice Ehlers (Org.). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

_____. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: BARROS, Myriam Moraes Lins de. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

PELEGRINO, P. S. Panorama atual da atuação dos conselhos de direitos das pessoas idosas. *Envelhecimento & Saúde*. Boletim do Instituto de Saúde, 2009. p. 36-39.

PERES, M. Augusto de Castro; VIEIRA, Evaldo Amaro; PASTANA, Luciane Ponce. Velhice e ação política: os movimentos sociais e as políticas públicas do idoso no

Brasil. In: Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil, 2., 2005, Cascavel. *Anais...* Cascavel: UNIOESTE, 2005. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/servico_social/MSS37.pdf> Acesso em: 03/05/2012.

PEREIRA, Diogo Neves. Vínculos e estatizações nas Políticas de Saúde da Família de Cuba e do Brasil. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

POGIBIN, Guilherme Gibran. *Memórias de metalúrgicos grevistas do ABC paulista*. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Porto Alegre, 2010.

PORTO ALEGRE. Câmara Municipal. Comissão Especial de Revisão, Sistematização e Compilação da Legislação Municipal. *Conselhos Municipais de Porto Alegre: Legislação Compilada*. Porto Alegre: Câmara Municipal, 2011a. 290 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE - PMPA. *Conselhos, comissões e comitês*. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_servicos/default.php?p_secao=52> Acesso em 10/06/12.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE - PMPA. *Conselho Municipal do Idoso de Porto Alegre*. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/comui/default.php?p_secao=9> Acesso em 10 de jun. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE - PMPA. *Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local (SMGL)*. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smgl/default.php?p_secao=72> Acessado em: 10 de jun. 2012.

RABELO, Míriam Cristina M. Narrando a doença mental no nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. In: RABELO, M. C. M., ALVES, P. C., SOUZA, I. M. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ROHDEN, Fabíola. A construção da diferença sexual na medicina. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2): S201-S212, 2003.

RODRIGUES, Nara da Costa. Política nacional do idoso: retrospectiva histórica. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, v.3, p.149-158, 2001.

RODRIGUES, N. C., RAUTH, J., TERRA, N. L. *Gerontologia social: para leigos*. 2 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

ROSE, Nikolas. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSS, Fiona. Speech and silence: Womens Testimony in the First Five Weeks of Public Hearings of the south african Truth and Reconciliation Comisi3n. In: DAS, V.; KLEINMAN, A.; LOCK, M.; RAMPHELE, M.; REYNOLDS, P. (Org). *Remaking a world: violence, social suffering and recovery*. Berkeley, Los Angeles e Londres. University of California Press, 2001.

SARTI, Cynthia. A fam3lia como ordem simb3lica. *Psicologia USP*. 15 (3), 2004, p. 11-28.

_____. Corpo, Viol3ncia e Sa3de: a Produ33o da V3tima. *Sexualidad, Salud y Sociedad*; 1, pp.89-103, 2009.

SCHEPER-HUGHES, N., LOCK, M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, vol. 1, n3. 1, 1987, p. 6-41.

SCHUCH, Patrice. *Pr3ticas de Justi3a: Uma Etnografia do “Campo de Aten33o ao Adolescente Infrator” no Rio Grande do Sul depois do Estatuto da Crian3a e do Adolescente*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ci3ncias Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. S3o Paulo: Cosac Naify, 2010.

SHORE, Cris, WRIGHT, Susan (Eds.). *Anthropology of Policy: critical perspectives on governance and power*. London/New York: Routledge, 1997.

SIM3ES, J3lio Assis. Solidariedade em Xeque: as mudan3as na seguridade social e o movimento de aposentados e pensionistas no Brasil. In: DEBERT, G. G., GOLDSTEIN, D. M. (org.). *Pol3ticas do corpo e o curso da vida*. S3o Paulo: Editora Sumar3, 2000, p. 267-285.

_____. Provedores e militantes: imagens de homens aposentados na fam3lia e na vida p3blica. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers (Org.). *Fam3lia e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

_____. “A maior categoria do pa3s”: o aposentado como ator pol3tico. In: BARROS, Myriam Moraes Lins de. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropol3gicos sobre identidade, mem3ria e pol3tica*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SIQUEIRA, Monalisa Dias de. *Quem Convida 3 a Mulher: experi3ncias femininas e subvers3o nos bailes de dan3a de sal3o*. Fortaleza: Express3 Gr3fica, 2011.

SORJ, Bila. *Trabalho e responsabilidades familiares: um estudo sobre o Brasil*. Bras3lia: Organiza33o Internacional do Trabalho (OIT), 2004. (Relat3rio Final).

SOUZA, G. C. A., COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflex3es num contexto de mudan3as. *Sa3de Soc*. S3o Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

SPINK, Mary Jane Paris (org.). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2010.

SÓL, Núncio Antônio Araújo. *A Medicina Geral Comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos*. 252 p. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2011.

TEIXEIRA, C. C., SIMAS, D. H., COSTA, N. M. A. Controle Social na Saúde Indígena: limites e possibilidades da democracia direta. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*. Vol. 7, nº 4, 2013, p.97-115.

TERRA. *Terceira idade é o novo alvo da tecnologia*. 2008. Disponível em: <<http://tecnologia.terra.com.br/noticias/0,,OI3174479-EI12882,00-Terceira+idade+e+novo+alvo+da+tecnologia.html>> Acesso em: 20 de maio de 2012.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS. *Human Rights Bodies*. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/>> Acesso em: 18 de jan. 2012.

VIANNA, Adriana de Resende Barreto. *Limites da menoridade: tutela, família e autoridade em julgamento*. Tese (Doutorado em Antropologia Social). UFRJ/Museu Nacional/PPGAS, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

VICTORA, Ceres G.. *Mulher, Sexualidade e Reprodução: Representações de Corpo em uma Vila de Classes Populares em Porto Alegre*, 203 p.1991. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 1991.

_____. Sofrimento Social e a Corporificação do Mundo: Contribuições a Partir da Antropologia. *RECIIS*. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde (Edição em português. Online), v. 5(4), p. 3-13, 2011. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/552>>

Wittgenstein, Ludwig. *Wittgenstein – Vida e Obra*. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: *Senado Federal*, 1988. 292 p.

BRASIL. Decreto nº 9.912A, de 26 de março de 1888. Reforma os Correios do Império. *Palácio do Rio de Janeiro* em 26 de março de 1888.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta a seguinte Lei: Anterioridade da Lei. *Diário Oficial da União*, 31 dez. 1940.

BRASIL. Decreto nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 05 set. 1960.

BRASIL. Decreto nº 48.959A, de 10 de setembro de 1960. Regimento Geral da Previdência Social. *Diário Oficial da União* de 29 set. 1960 (revogado).

BRASIL. Decreto-Lei nº 66, de 21 de novembro de 1966. Altera disposições da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 22 nov. 1966.

BRASIL. Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. *Diário Oficial da União* de 22 nov. 1966.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Brasília*, 03 Jul. 1996.

BRASIL. Decreto nº 4.229, de 13 de maio de 2000. Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH, instituído pelo Decreto nº 1.904, de 13 de maio de 1996, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 14 de maio de 2000.

BRASIL. Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002. Cria o Conselho Nacional do Idoso - CNDI, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 mai. 2002.

BRASIL. Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009. Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 dez. 2002.

BRASIL. Lei nº 3.071, de 1 de janeiro de 1916. Código Civil - Revogado. *Diário Oficial da União*, 05 jan.1916.

BRASIL. Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. *Diário Oficial da União*, 28 jan. 1923.

BRASIL. Lei nº 16.027, de 30 de abril de 1923. Cria o Conselho Nacional do Trabalho. *Diário Oficial da União*, 10 maio 1923.

BRASIL. Lei nº 3.841, de 15 de dezembro de 1960. Dispõe sobre a contagem recíproca, para efeito de aposentadoria, do tempo de serviço prestado funcionário à União, às Autarquias e às Sociedades de Economia Mista. *Diário Oficial da União* de 15 dez. 1960 (revogado).

BRASIL. Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963. Dispõe sobre o Estatuto do Trabalhador Rural. *Diário Oficial da União* de 22 mar. 1963.

BRASIL. Lei nº 4.737, de 15 de julho de 1965. Institui o Código Eleitoral. *Diário Oficial da União*, 15 jul. 1965.

BRASIL. Lei nº 5.107, de 13 de setembro de 1966. Cria o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 14 set. 1966 (revogado).

BRASIL. Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974. Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 02 mai. 1974.

BRASIL. Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 12 dez. 1974.

BRASIL. Lei nº 6.439, de 1 de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 02 set. 1977.

BRASIL. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (Vetado) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 25 jul. 1985.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei n.º 8.625, de 12 de fevereiro de 1993. Institui a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, dispõe sobre normas gerais para a organização do Ministério Público dos Estados e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 15 fev. de 1993.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social, e dá outras providências. Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS. *Diário Oficial da União* de 08 dez. 1993.

BRASIL. Lei nº 8.842, 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 05 jan. 1994.

BRASIL. Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 3 out. 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

BRASIL. Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. *Diário Oficial da União*, 21 jan. 2010.

BRASIL. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006e.

BRASIL. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006f.

PORTO ALEGRE. Lei Complementar 444, de 30 de março de 2000. Autoriza o Poder Executivo do Município de Porto Alegre a criar o Conselho Municipal do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, 03 abr. 2000*.

PORTO ALEGRE. Decreto nº 17.195, de 11 de agosto de 2011, que Regulamenta o Fundo Municipal do Idoso, criado pelo art. 1º-A da Lei Complementar nº 444, de 30 de março de 2000, incluído pelo art. 26 da Lei Complementar nº 660, de 7 de dezembro de 2010. *Porto Alegre, 2011b*.

PORTO ALEGRE. Regimento Interno da III Conferência Municipal do Idoso de Porto Alegre. *Diário Oficial de Porto Alegre, 04 abr. 2011. Porto Alegre, 2011c*.