

CONSIDERAÇÕES FINAIS¹

Karla Cristina Giacomin²

Art. 1ª – A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

1 INTRODUÇÃO

Embora se reconheçam inegáveis avanços na ampliação de direitos desde a Constituição Federal de 1988, os desafios da plena efetivação da Política Nacional do Idoso (PNI) apontados nesta obra ainda são enormes, estando em descompasso com o acelerado ritmo das mudanças demográficas e epidemiológicas por que passa o país.

Certamente, o direito a envelhecer com dignidade não se inicia nem termina aos 60 anos; portanto, sua efetivação necessita da existência de políticas públicas ao longo de toda a vida, mas tampouco se restringe a isso.

Como demonstrado por Camarano, Kanso e Fernandes no capítulo 2, no último século, a sobrevivência democratizou-se, sendo a esperança de vida de uma criança ao nascer no Brasil de 70,1 anos para os homens e 77,5 anos para as mulheres. Aos 60 anos, a expectativa de vida alcança valores de 19,2 anos para os homens e 22,7 anos para as mulheres, um indicador que ainda pode crescer. É com essa realidade já colocada que o país precisa lidar cotidianamente.

1. Agradeço às professoras Elizabeth Uchôa e Josélia Oliveira Araújo Firmo pela partilha de instrumentos e conhecimentos antropológicos na compreensão do processo saúde-doença e do envelhecer neste país tão desigual; e à aluna Janaina de Souza Aredes, pelas reflexões e pela aprendizagem compartilhadas; ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, da Fundação Oswaldo Cruz (Nespe – Fiocruz/UFMG), na pessoa de sua coordenadora professora Maria Fernanda Lima-Costa, pelo estímulo à pesquisa na temática do envelhecimento e pela complementaridade dos métodos epidemiológicos e antropológicos; e à Professora Maria Lúcia Lebrão (*in memoriam*) e aos idosos brasileiros, pelo esforço de transformar uma utopia em realidade.

2. Médica geriatra da Prefeitura de Belo Horizonte; e pesquisadora do Nespe, do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) da Fiocruz Minas.

Além disso, como signatário de vários pactos internacionais, o Brasil se compromete a garantir a segurança econômica e social da população idosa, bem como a identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento do país, por meio da sua inclusão na agenda de políticas públicas (ver a introdução deste livro).

Para tanto, seria necessário que os gestores das políticas públicas, nos três níveis de governo, fossem estimulados a priorizar de fato a formulação de políticas para as pessoas idosas e a alocação de recursos para tal. Contudo, diferentemente de outras populações que possuem metas estabelecidas e encontram guias e condutas já sistematizadas, no caso da pessoa idosa, uma das fragilidades do Estado brasileiro diz respeito à falta de conhecimentos acumulados de gestão especificamente para este segmento.

Além disso, o delineamento de políticas públicas voltadas a essa população deve considerar também a sua autonomia, inclusive quanto à maneira como deseja ou não ser cuidada, abandonando velhas práticas de tutela da pessoa idosa.

Dada a multiplicidade de cenários em que a PNI precisa atuar, este texto objetiva refletir sobre problemas comuns e propor alternativas de otimização dos recursos já existentes em favor do envelhecimento com dignidade em nosso país.

2 O ATRASO NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA UMA POPULAÇÃO MUITO HETEROGÊNEA

A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.

A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes.

A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras.

A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados. A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo. A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.

Celina Souza³

3. Souza, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul./dez. 2006. p. 36-37.

A PNI busca assegurar direitos, apresentar princípios e criar condições para a autonomia e a integração social da pessoa idosa.

Uma justificativa frequente para a falta de políticas para idosos é o argumento de que o Brasil envelhece rapidamente e antes de ter condições econômicas satisfatórias, não sendo possível copiar modelos europeus, canadenses ou japoneses, que seriam onerosos e inadequados à nossa realidade. Contudo, esta situação está posta, não se modificará e precisa ser enfrentada. A população brasileira continuará envelhecendo de maneira irreversível e demandará a atuação responsável do Estado. Como mudar o comportamento passivo e, em certa medida, negligente de todos os atores, Estado e sociedade?

Conforme registrado no relatório de gestão de 2010-2012 do Conselho Nacional de Direitos dos Idosos (CNDI), observa-se um grande hiato entre a constatação histórica, demográfica e social do envelhecimento brasileiro e os seus reflexos em termos de organização do Estado para tratar desta nova realidade:

apesar de alertado nos últimos quarenta anos por organismos internacionais e nacionais sobre o acelerado e intenso processo de envelhecimento populacional em curso no país, o Estado brasileiro ainda se encontra em um processo incipiente e descoordenado de incorporação de suas responsabilidades na formulação de políticas voltadas para este público (Brasil, 2012, p. 10).

No campo das ciências sociais, Minayo (2011), estudiosa da violência no ciclo da vida, denuncia que a ideia de que os velhos constituem um problema social vem sendo construída pelo Estado brasileiro em suas políticas, diretrizes e formulações. De um lado, o Estado formula e publica leis que asseguram direitos sociais aos idosos, especificando as condições necessárias para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade – conforme discutido na segunda parte deste livro, *A implementação da PNI*. De outro lado, promove um imaginário que aterroriza os idosos, pois os coloca como responsáveis pelos desequilíbrios da Previdência, das políticas sociais e de saúde (Minayo, 2011). Além disso, o próprio Estado é grande violador de direitos sociais.

O Relatório de Gestão do CNDI denuncia essa prática como uma forma de violência institucional:

a violência contra a pessoa idosa, tanto no espaço doméstico quanto institucional, e aquela produzida pela ação ou falta de ação do próprio Estado estão de certo modo banalizadas, em um país que se recusa a envelhecer e para o qual ser velho é ser decadente, doente, sem valor. Diante disso e talvez por isso, apesar de o envelhecimento da população exigir um redimensionamento de todas as políticas do país, este processo não tem sido considerado como elemento estruturante do planejamento e, conseqüentemente tem ficado de fora do orçamento do atual governo e de seus antecessores (Brasil, 2012, p.10).

Assim, é preciso compreender o que explica essa inoperância do Estado. Será por falta de leis que o obriguem a intervir?

A resposta é negativa. Falta a materialização das leis existentes, inclusive da própria PNI, como visto em vários capítulos deste livro (especialmente o 14, o 17 e o 23), e as políticas públicas de Educação (capítulo 6, que revela os reflexos da sua omissão no Plano Nacional de Educação) e proteção social (capítulos 3, 4, 10 e 19) não consideram o envelhecimento populacional em perspectiva mais realista e solidária, fato absolutamente indispensável em um país tão desigual como o Brasil (Couto, 2015).

Embora a população idosa seja sabidamente grande usuária de serviços públicos de saúde, assistência social, previdência social, transporte, justiça, cultura, entre outros – diferentemente de outros públicos que contam com programas e ações concretos e estabelecidos – este segmento ainda precisa ser notado na sua especificidade.

O que explicaria essa invisibilidade?

Aqui adentramos uma questão de fundo: a resistência velada da sociedade brasileira ao envelhecimento.

2.1 A cultura e o envelhecimento

Assumindo-se cultura como um universo de símbolos e significados que permite aos sujeitos de um grupo interpretarem suas experiências e guiarem suas ações (Geertz, 1989), os sinais que marcam o envelhecimento fazem também parte do universo cultural de uma coletividade, sendo apropriados e elaborados simbolicamente por todas as sociedades e pelos próprios sujeitos em rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social (Minayo e Coimbra Júnior, 2002).

Envelhecer como um ribeirinho da Amazônia, um sertanejo nordestino, um morador de rua da metrópole ou um gaúcho dos Pampas são experiências muito diversas, que demandam respostas diferentes das políticas públicas. Como experiência corporal, a velhice varia com o gênero e a etnia e se transforma em uma experiência social, na qual as perdas se materializam na vida real e são reforçadas pela existência de barreiras físicas, econômicas e culturais (OMS e DGS, 2004).

Além disso, em um país onde a juventude deixou de ser uma etapa da vida para se tornar um valor a ser perseguido (Debert, 2010), a palavra *velho* está quase proscrita, compreendida como uma ofensa. Existe uma multiplicidade de discursos em torno da velhice e neles surgem eufemismos para nomeá-la: terceira idade, melhor idade, idoso, pessoa idosa. Ao analisar estudos sobre a velhice no Brasil, Lins de Barros (2011) conclui que, no imaginário social brasileiro, ser velho associa-se a perdas, limitações físicas, e, nos papéis sociais, dependência, sofrimento, doenças e morte. Talvez isso reflita o medo diante da dura e indesejável realidade de muitos brasileiros.

Na mesma direção, a promotora pública de defesa de direitos da pessoa idosa Maio (2016) sintetiza a questão ao aludir à frase “o governo só pode trabalhar para quem existe ou para quem resiste”. Ela explicita a invisibilidade da categoria idoso ou da representação social da velhice em sua pesquisa acerca das prioridades elencadas por membros do Ministério Público – instituição que deve fazer cumprir a lei em defesa da sociedade. De acordo com os resultados obtidos em seu estudo, de uma lista de nove temas prioritários, os promotores elegeram a questão do idoso como o último (Maio, 2016). Isso confirma a impressão de Debert (1999) da velhice compreendida como um problema de cada um, concepção que configura a “reprivatização da velhice”, ou seja, diferente de outras etapas da vida, a velhice é vista como um atributo da esfera privada e não uma questão social relevante para o Estado brasileiro.

Essa situação revela a cultura de uma sociedade fundada em valores consumistas e individualistas, a qual tende a segregar, desprezar e encarar a pessoa idosa como alguém sem valor, afastado da produção e limitado em sua capacidade de consumo (Maio, 2016). Portanto, além de questionar, é preciso tentar superar este imaginário da cultura ocidental, que insiste em uma visão milenar da velhice como inexorável, irreversível e irremediável tragédia pessoal (Beauvoir, 1990).

Para fazê-lo, Goldenberg (2013 p. 27 e 28) retoma⁴ o trabalho de Beauvoir (1990) acreditando que a velhice está inscrita em cada um de nós, e que é preciso romper a conspiração do silêncio em torno desta etapa da vida. Para a autora:

só assumindo consciente e plenamente, em todas as fases da vida, que nós também somos ou seremos velhos, podemos ajudar a derrubar os medos, os estereótipos e os preconceitos existentes sobre a velhice. (...) Somos nós os principais interessados em uma transformação radical dessa realidade, seja qual for a nossa idade cronológica. Cada um de nós, mesmo os muito jovens, deveria se reconhecer no velho que é hoje ou no velho que será amanhã: velho não é o outro, velho sou eu.

Isso inclui discutir e encontrar estratégias para superar as dificuldades de envelhecer, na perspectiva de cada um e na do país.

2.2 Envelhecer em diferentes cenários

As condições do curso de vida individual, em um determinado contexto socioeconômico e cultural, determinam como uma pessoa idosa fica velha.

Marc Augé⁵

Na realidade brasileira, as políticas públicas se constroem de forma heterogênea e são de natureza plural, devendo assistir as pessoas nas diferentes etapas da vida e

4. Em estudo que incluiu 1.700 mulheres e homens, moradores da cidade do Rio de Janeiro, a metodologia consistiu de questionários, grupos de discussão e entrevistas acerca da representação social da velhice.

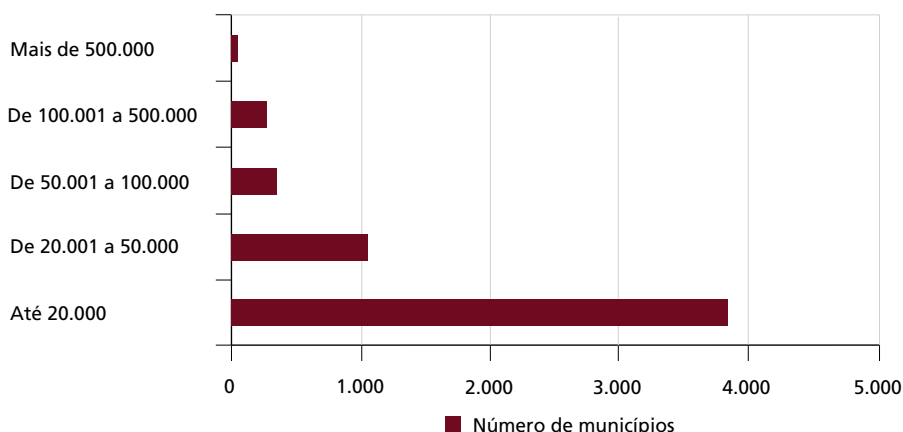
5. Augé M. *Une ethnologie de soi: le temps sans âge*. Paris: Seuil, 2014.

nas mais diversas regiões do país, onde as transições demográfica e epidemiológica acontecem em ritmos variados.

Para Lins de Barros (2011, p. 46), o envelhecimento deve ser compreendido como: “um processo de dimensões subjetivas e intersubjetivas, realizado em diferentes contextos socioculturais e situações interativas, nas quais são relevantes as distinções de classe, gênero, geração e raça/etnia”. Portanto, é importante compreender o que é a velhice para os principais interessados (os destinatários das políticas voltadas para a população idosa) e para os atores que a colocam em prática e respondem por isso (os gestores e os profissionais), a fim de propor intervenções com maiores possibilidades de efetividade.

Para que as políticas sejam efetivas, é importante considerar onde vivem os cidadãos. Saber que 55% da população brasileira vive em 283 municípios significa ter de oferecer respostas para aqueles que habitam dentro e fora dos grandes centros urbanos, já que, conforme aponta o gráfico 1, mais de 90% dos municípios brasileiros são considerados de pequeno e médio porte (IBGE, 2010a). Apesar de os grandes centros populacionais brasileiros já apresentarem perfis demográficos e epidemiológicos (Lima-Costa *et al.*, 2011) semelhantes aos dos países desenvolvidos, nossas cidades ainda não dispõem de uma infraestrutura de serviços que atendam a demandas decorrentes destas transformações (capítulos 3, 4, 5, 6, 7 e 11).

GRÁFICO 1
Distribuição dos municípios brasileiros, por número de habitantes



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – Munic (IBGE, 2010b).

Em todos os municípios brasileiros há idosos, mas o envelhecimento populacional é desigual, como demonstrado na primeira parte deste livro, *Histórico*

da PNI. Segundo dados da Munic (IBGE, 2010b), dos 5.565 municípios brasileiros, 5.077 (91,2%) declararam possuir políticas, programas ou ações para idosos, sendo mais frequentes os programas orientados para promoção de saúde, em 78,6% deles (4.374 municípios). A garantia de acessibilidade aos espaços públicos atinge pouco mais da metade dos municípios (2.911), e ao transporte, apenas um quarto (1.386 municípios). Faltam ainda políticas para o enfrentamento da violência em 65,3% das cidades, ou seja, em 3.079 municípios (Maio, 2016). Ainda que a grande maioria dos municípios declare possuir alguma ação para os idosos urbanística, quantitativa e qualitativamente as iniciativas estão muito aquém da necessidade para o enfrentamento da questão, como visto no capítulo 11.

Faltam políticas porque o Estado se nega a reconhecer o envelhecimento como sua responsabilidade, ou a velhice continua invisível porque não há políticas públicas específicas?

Para trazer as questões do envelhecimento e do cuidado à pessoa idosa para dentro da gestão pública, será necessário superar, além das dificuldades culturais, entraves estruturais, apresentados nesta obra, os quais afetam sobremaneira o direito dos cidadãos brasileiros ao envelhecimento com dignidade.

2.3 Dificuldades estruturais comuns

A família, o Estado e a sociedade dividem responsabilidades quanto a atribuições que lhes são formalmente destinadas pela Constituição Federal (Brasil, 1988, art. 230), pela PNI e pelo Estatuto do Idoso (Brasil, 2003). Embora a PNI estabeleça princípios e mecanismos de coordenação entre a União, os estados e os municípios na execução de programas e projetos que tenham como alvo o público idoso, na prática, não é o que se verifica. Sem pretender esgotar o tema, entre as inúmeras dificuldades estruturais, destacam-se as enumeradas a seguir.

- 1) A inexistência de uma política de Estado coordenada por um órgão específico cuja principal pauta seja a PNI e que ultrapasse os períodos de governo, com metas de curto, médio e longo prazo. Disso decorre a indesejada e usual descontinuidade de ações, nos três níveis de governo, com supressão, suspensão, fragmentação, junção de esferas administrativas, sujeitas a reinterpretações pelos governantes eleitos. Desses efeitos resultam a fragilização das políticas no território brasileiro.
- 2) A tolerância ao descumprimento da PNI pela sociedade e o desinteresse do Ministério Público pela causa, o que acaba contribuindo para o não cumprimento das normas já estabelecidas.
- 3) A falta de meios da administração pública que viabilizem a concretização dos direitos, hoje meramente formais. Esses meios envolvem: equipamentos

específicos de diferentes complexidades para o cuidado de pessoas idosas e para a promoção da cidadania; profissionais bem treinados; inclusão do tema da velhice nos diversos níveis educacionais; planos exequíveis e monitoramento eficiente da PNI; e recursos financeiros suficientes para a execução de todas essas ações estruturantes.

- 4) A dificuldade de pautar a PNI e as questões relativas ao envelhecimento e aos direitos dos idosos nas várias políticas sociais, nos conselhos setoriais e de direitos e em fóruns da sociedade civil não ligados ao segmento idoso.
- 5) A falta de recursos orçamentários destinados à proteção e à garantia do direito ao envelhecimento digno dos brasileiros, nos três níveis de governo.
- 6) A burocracia e a superposição de ações de políticas, que dificultam o entendimento e a atuação do Estado de modo intersetorial. Os problemas se perpetuam pela falta de acesso a direitos, e como não há diálogo entre as políticas; ora elas se superpõem e agem em duplicidade, ora se omitem. Também não há agilidade na correção dessas falhas.
- 7) A confusão entre uma política efetivamente pública e uma “com donos”, traduzida em expressões como “os meus idosos”, por exemplo. Infelizmente, esta situação revela o descrédito na capacidade de a pessoa idosa ser autônoma e o desejo do gestor de se perpetuar no cargo. Quando muda o governo, as ações são descontinuadas, à revelia dos interesses da população idosa.
- 8) O desrespeito às deliberações das conferências nacionais de direitos da pessoa idosa, o que concorre para que estas sejam onerosas, inócuas e repetitivas (capítulo 23).
- 9) O frágil controle democrático exercido por conselhos de direitos e de gestão das políticas setoriais, nas três esferas de governo, quanto ao cumprimento das legislações referentes ao envelhecimento e às pessoas idosas (capítulos 14, 17 e 21).
- 10) O preconceito contra o envelhecimento (etarismo), que reverbera a visão pejorativa do velho como coitado, infantil, ultrapassado, sem perspectivas, incapaz de aprender, além de reconhecer nele um ônus para o sistema de seguridade social.
- 11) O mau hábito de aguardar uma solução mágica que virá do âmbito federal ou na forma de lei para os problemas cotidianos que afetam os serviços. Trata-se do reflexo de uma postura política passiva e de uma lógica de relação governo-povo paternalista, no lugar do conceito de cidadania plena, com a participação da sociedade na construção das decisões do Estado.

- 12) Apesar de alertado por organismos nacionais e internacionais, nota-se a falta de uma cultura de planejamento previdenciário de médio e longo prazo no Estado e na sociedade brasileira (capítulos 9 e 10) que repercute nas condições de trabalho e de aposentadoria dos brasileiros (capítulos 8 e 9), além de favorecer conflitos geracionais.

Além disso, tendo em vista a dimensão continental do Brasil, para uma maior efetividade, é importante que as políticas atuem de forma descentralizada. Porém, como afirmam Noronha, Lima e Machado (2012), isso se mostra ainda mais desafiador em um país cujo Poder Executivo vem de um longo histórico autoritário e centralizador, com assimetria de poder entre os governadores das cinco regiões, e com municípios apenas recentemente tendo sido considerados entes federativos pela Constituição Federal de 1988.

De acordo com Arretche (2000), em países heterogêneos como o Brasil, com enorme diversidade territorial e profundas desigualdades sociais, as estratégias de indução de políticas eficientemente desenhadas e implementadas que obtenham maior adesão nas três esferas de governo podem compensar obstáculos estruturais de estados e municípios. Para fazê-lo, as diferenças precisam ser enfrentadas, e as políticas, formuladas, com previsão de financiamento por meio de tributos federais, estaduais e municipais, e encargos sociais que podem ser comuns ou concorrentes nos três níveis de governo. Nesse sentido, a descentralização de uma política envolve jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que muitas vezes colocam interesses e projetos antagonistas na disputa política.

Para uma melhor qualidade da ação política, é importante garantir maior *accountability* – responsabilização e prestação de contas – e racionalidade no uso da coisa pública, reduzindo-se os custos e integrando-se as ações dos diferentes serviços e das políticas no território. Para tanto, seria fundamental uma efetiva participação da população idosa e não idosa e de seus representantes, para assegurar maior transparência e efetividade às políticas de seu interesse.

Ademais, no contexto das políticas públicas, as múltiplas e urgentes demandas da população idosa conflitam com o interesse dos serviços, pois a prioridade assegurada aos idosos concorre com todas as outras prioridades definidas em lei. Tantos entraves podem tornar a PNI uma lei simbólica (Giacomin e Couto, 2013), que cria expectativas de direitos, mas não os concretizam (capítulo 17). Como interferir nesta realidade?

3 ESTRATÉGIAS PARA PENSAR AÇÕES VOLTADAS PARA A PARCELA IDOSA

É tempo de refletir sobre o que significa envelhecer para cada política social. Nosso projeto de sociedade inclui a velhice dos cidadãos brasileiros? Nosso projeto de vida inclui a nossa velhice? Como lidamos com a perspectiva da morte e do morrer?

As respostas a essas questões não são óbvias.

Cada profissional, em sua formação, deveria refletir sobre seus próprios sentimentos ante o envelhecimento, suas atitudes diante da velhice e da morte e sobre como isso influencia a sua relação com a pessoa idosa e consigo enquanto envelhece. Afinal, cada um lida com a pessoa idosa conforme seu próprio conceito de envelhecimento e de morte (Giacomin, Moraes e Teixeira, 2014).

Profissionais que atendem idosos de forma apressada, irritados, cansados, que demonstrem pouco interesse pelo que a pessoa tem a dizer ou está sentindo, não favorecem uma relação de confiança. Talvez estejam expressando o próprio desconforto diante de uma condição para a qual não se sentem preparados. Assim, para que haja eficiência nas políticas, é necessário o comprometimento das equipes e da gestão dos serviços na atuação no campo (figura 1).

FIGURA 1
Elementos que orientam a atuação das políticas públicas à pessoa idosa



Elaboração da autora.

Uma das queixas mais frequentes sobre os serviços é o excesso de demandas. O idoso acrescenta complexidade a estas demandas. O que fazer?

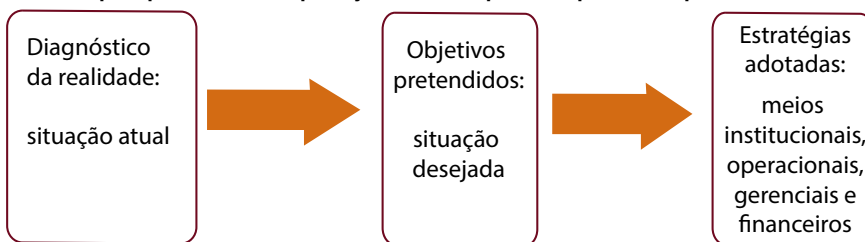
A sugestão é, primeiramente, trabalhar de fato em equipe. Não é conveniente que nenhuma pessoa assuma sozinha tamanha responsabilidade. A velhice multifacetada pede uma atuação multidisciplinar, com cada profissional contribuindo com o seu olhar. Esse trabalho em equipe favorecerá a realização profissional – o

trabalho bem feito de um facilita o de outro – e aprimorará a qualidade da atuação da política. Isso vale para as diferentes áreas da justiça, da assistência social, da saúde, da educação, e tantas outras.

Contudo, é fundamental organizar essa demanda. Frequentemente os profissionais se esgotam em atendimentos não planejados, deixando a impressão de estarem ora “apagando incêndios”, ora “enxugando gelo”. O perfil de problemas não se modifica, os recursos são insuficientes e a sensação de impotência aumenta. Por sua vez, os cidadãos se sentem desassistidos e desrespeitados pela falta de informações e pela morosidade no atendimento às suas demandas. Em contrapartida, quando se consegue definir fluxos e agendas protegidas para assistência de grupos específicos, tanto o cidadão quanto o profissional se sentem mais valorizados e motivados.

Considerando-se que 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes, e 45%, menos de 10 mil, fica claro que, em cada um deles, cada serviço atuará conforme a influência de suas próprias especificidades socioculturais e econômicas. Por sua vez, o envelhecimento na metrópole introduz outros desafios, como a dificuldade de mobilidade urbana, segurança pública, saúde e a necessária construção de uma rede de solidariedade e apoio para pessoas idosas vulneráveis. Daí a importância de se identificarem no território os recursos, as lideranças, bem como as crenças relativas ao processo do envelhecimento e ao cuidado à pessoa idosa, a fim de definir melhor os objetivos e as estratégias para mudar a realidade (figura 2).

FIGURA 2

Etapas que orientam o planejamento das políticas públicas à pessoa idosa

Elaboração da autora.

Tomando-se como exemplo a política de Saúde, para conhecer a realidade de Belo Horizonte, Silva (2015) realizou uma análise documental das pautas trazidas por agentes comunitários de saúde (ACS) que incluíam a pessoa idosa. A autora analisou as atas de 264 reuniões das equipes de Saúde da Família de 48 unidades básicas de saúde (UBS), com participação de 250 profissionais, sendo 130 ACS. Em cada UBS foi sorteada uma equipe de Saúde da Família para participar do estudo. Entre as 4.129 pautas identificadas nas atas, o tema saúde do idoso apareceu apenas oitenta vezes (1,9%). Esses oitenta registros foram analisados e categorizados

nos seguintes tópicos: atenção à saúde; e violência e questões organizacionais. Ao todo, foram 71 assuntos, dos quais 53 foram discutidos em UBS que realizaram grupos com cuidadores de idosos frágeis nas respectivas áreas de abrangência. Entre os dezesseis ACS que levaram pautas da saúde do idoso para as reuniões, doze participaram do Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF).⁶ Além disso, dos dezesseis ACS que encaminharam pautas de idosos para as reuniões, nove atuavam em UBS que realizaram grupos com cuidadores promovidos pelo referido projeto. Isso sugere que, nas UBS em que houve maior envolvimento com o PQCIF, a sensibilização dos funcionários para o cuidado com a pessoa idosa foi maior (Silva, 2015).

Se os idosos têm mais doenças crônicas e demandam mais cuidados, por que as pautas da pessoa idosa não chegam às reuniões das equipes? Será porque existem demandas para as quais a gestão é cobrada, e a pessoa idosa não é uma delas? Ou porque considera-se a pessoa idosa velha, improdutiva, e não cabe investir nesta fase da vida? Manter o idoso frágil invisível demandaria menos da equipe? Terá sido isso? Ou seria porque a família, a equipe e a própria pessoa idosa sequer reconhecem a importância deste cuidado (capítulo 19), por considerarem “natural” que a família – usualmente uma mulher – cuide do idoso sozinha?

Ainda que não saibamos as respostas, precisamos mudar esse cenário. E podemos fazê-lo.

4 ESTRATÉGIAS PARA FORTALECER A PNI

Em qualquer política, a busca de alternativas depende diretamente do comprometimento e do envolvimento dos profissionais, da gestão e da sociedade.

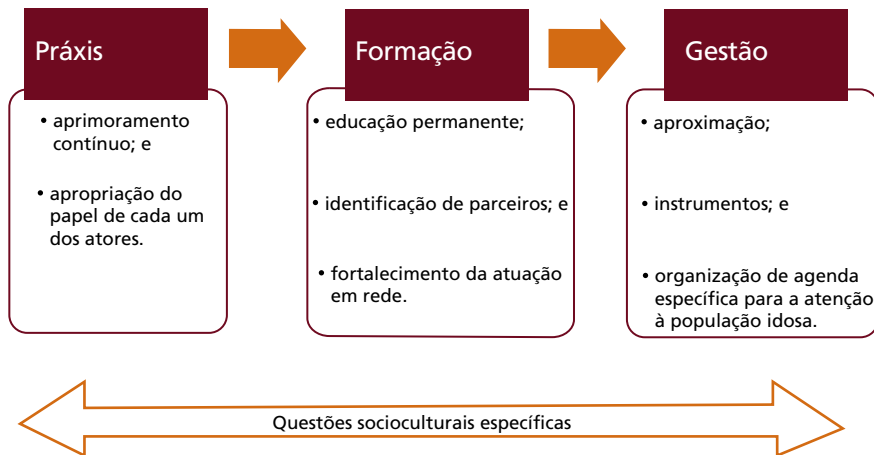
A aquisição de habilidades e competências para lidar com as velhas e novas questões trazidas pela população idosa passa pelo interesse em aprimorar os conhecimentos e a prática, ou seja, em promover a aproximação entre parceiros, de modo a identificar os obstáculos à boa prática, incluindo-se a falta de comunicação sistemática dentro da equipe e entre os serviços, a acomodação diante dos problemas e o trabalho isolado e irreflexivo.

Essa mudança de comportamento dependerá do envolvimento e da pró-atividade dos próprios gestores, trabalhadores, familiares e idosos para otimizar os recursos disponíveis dentro de cada política e na comunidade. Para tanto, é fundamental promover um ambiente favorável à reflexão sobre a práxis, a formação profissional e

6. Este projeto foi desenvolvido entre 2009 e 2013 pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte, com apoio do Ministério da Saúde. Foram capacitados 4.305 profissionais de saúde, dos quais 1.946 ACS, e implantados grupos com cuidadores familiares de idosos frágeis em 104 das 147 UBS do município.

o papel da gestão no cotidiano dos serviços, considerando-se ainda as questões socioculturais específicas de cada realidade brasileira.

FIGURA 3
Ambiente favorável à reflexão sobre a práxis nos serviços



Elaboração da autora.

Em qualquer política pública, um desafio recorrente é a educação permanente dos profissionais. Porém, a rotatividade destes nos serviços pode prejudicar a eficiência organizacional e, inclusive, interromper alguns programas estratégicos. Além disso, se se pretende refletir sobre a práxis, cabe à gestão garantir espaços de discussão sobre a atenção à população idosa no próprio serviço, na equipe e entre profissionais e serviços que tenham atuação comum.

Na mesma direção, Feuerwerker (2014) ressalta que diferentes tipos de serviços e espaços podem servir como oportunidade para se analisar um fenômeno por diferentes ângulos (históricos, sociais, culturais e pessoais). A atuação no território e, de modo especial, nos domicílios pode favorecer essa ampliação do olhar a partir de uma formação de profissionais fundamentada nas necessidades identificadas e no diálogo (Ceccim *et al.*, 2014). Alarga-se, assim, a capacidade de interação e compartilhamento, em que o desconforto e o estranhamento intelectual provocados pelo encontro de diferenças promovem uma transformação nos sujeitos envolvidos, bem como da realidade (Ceccim *et al.*, 2014).

Também é importante fomentar a criação de fóruns intersetoriais junto a outras políticas e entidades não governamentais, para tratar, por exemplo, da abordagem de situações e da notificação de casos de violência (capítulo 18). O art. 19 do Estatuto do Idoso preconiza que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada

contra idosos⁷ serão notificados pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, entre outros órgãos (Brasil, 2003).⁸

Mallet (2015), ao analisar 859 denúncias recebidas pelo Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte (CMI-BH) entre 2011 e 2013, verificou que Belo Horizonte dispõe de 147 Centros de Saúde (UBS) e 587 Equipes de Saúde da Família, as quais alcançam uma cobertura de 86,93% da população. A tipologia de violência mais identificada foi a negligência (34%), seguida pela violência psicológica (20%) e o abandono (19%) – sendo que 66,13% das vítimas sofreram dois ou mais tipos de violência associadas. Contudo, se considerarmos a obrigatoriedade da notificação da violência pelos serviços de saúde, a participação das UBSs, embora com tendência crescente, ainda é ínfima. Nos três anos observados, a média de denúncias de violência contra a pessoa idosa por UBS sequer atingiu um caso por unidade, tendo sido respectivamente de 0,33 em 2011; 0,49 em 2012 e 0,54 em 2013. Se tomada a média por equipe de Saúde da Família, as médias caem para 0,08 denúncias por equipe em 2011; 0,12 em 2012; e 0,13 em 2013. Isso sugere que a violência contra a pessoa idosa permanece invisível e que as instituições de saúde não estão cumprindo a contento o seu papel preconizado na legislação (Mallet, 2015).

Cabe discutir: no amparo à velhice, quem define onde começa e onde termina o papel de cada um? Estado, família ou sociedade: qual é o lado mais frágil? A família representada na lei corresponde à família real? A mulher, historicamente cuidadora “natural”, há muito tem assumido outros papéis, inclusive o de chefe de família e provedora. Quem faz ou fará o que se espera dela? Como o Estado reconhece esta mudança? (Ver capítulo 19 sobre cuidadores).

Ao discutir a ideia de “dar, receber e retribuir” – horizonte “moral” que serve de referência para a legislação e a sociedade (Sarti, 2004) – observa-se que, ao mesmo tempo que garante juridicamente os direitos básicos da pessoa idosa, a norma distribui responsabilidades entre o Estado, a sociedade e a família. Porém, a prática aponta para uma concepção privatista do processo de envelhecimento (Debert, 1999), ao colocar sobre a “família idealizada” a responsabilidade exclusiva de resolver problemas que estão além de suas possibilidades.

Nessa perspectiva de reciprocidade (Sarti, 2004), a família é tida como uma instituição perfeita, infalível e imutável, o que contradiz a realidade. As relações entre pais, filhos, irmãos podem ser conflituosas ao longo da vida e, nas últimas décadas, as configurações e os modelos de família no Brasil experimentam significativa transformação (Lemos, 2013). Todavia, a legislação ainda opera com uma concepção

7. Considera-se a violência contra a pessoa idosa como qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico (Brasil, 2003).

8. Serão obrigatoriamente comunicados os seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Estadual do Idoso; CNDI; e CMI.

de família natural e universal obsoleta, principalmente no que diz respeito à sua configuração e extensão (Debert e Simões, 2011). Não existe mais “a família”, mas vários tipos e formatos de família, com vínculos mais frágeis, de menor tamanho, reduzido número de filhos e de potenciais cuidadores (capítulo 19).

Por sua vez, Lemos (2013) problematiza a transferência de apoio do poder público, especialmente do Executivo, às famílias pobres e aos seus idosos. O autor denuncia que a precariedade desta solidariedade estatal é silenciada porque, sobreposta a ela, aparece a ideia de ingratidão familiar em relação à pessoa idosa. Nos processos que chegam ao Ministério Público haveria uma expectativa cultural de que caberia à família cuidar, que acompanha as denúncias de negligência e abandono.

A opção de criminalizar a negligência e o abandono familiar não resolve, contudo, a falta de estrutura para cuidar da velhice dependente (capítulos 3 e 11). Ao fazê-lo, o Estado apenas expõe um processo perverso por meio do qual o próprio poder público viola os direitos dos idosos ao abandonar a família que realmente não tem como lidar com tal dependência, especialmente aquelas de baixa renda. O cuidado com o idoso dependente não tem como acontecer eficazmente nestas famílias sem a adequada transferência do apoio público, pois os custos financeiros, físicos e emocionais são altos demais. Ao contrário, a família, outra vítima do desamparo estatal, é culpabilizada. E o que se sabe sobre o desejo de a pessoa idosa de ser ou não cuidado por sua família?

Lemos (2013) também ressalta que embora a Constituição e o Estatuto do Idoso permitam forçar a aproximação dos filhos, muitas dúvidas ainda permanecem: concorreria para a dignidade do idoso a presença de um filho que transparece a insatisfação de ser obrigado a visitar o pai? Isso não aumentaria ainda mais o drama da rejeição? Deveria o idoso decidir? Como foi estabelecida a relação do filho com este idoso ao longo da vida? Afinal, as leis determinam, mas não encontram políticas sociais efetivas para viabilizar a dignidade e tampouco impor o afeto ausente ou desconstruído. Faltam delegacias, defensorias e varas de justiça especializadas na proteção de direitos dos idosos (capítulo 14, 15 e 16).

Se as políticas sociais têm investido na abordagem da família como mecanismo para alcançar os grupos vulneráveis, quando uma família com alguma pessoa idosa em risco for identificada, deveriam ser pensadas estratégias para potencializar os recursos das diferentes políticas envolvidas. Nesse sentido, a interação entre usuários e serviços também pode proporcionar uma melhor compreensão acerca dos problemas a serem enfrentados, especialmente assumindo seu papel na defesa de seus direitos nos conselhos de direitos (capítulo 21). Os programas de educação e planejamento serão mais efetivos se levarem em conta as formas de pensar e agir das populações junto às quais se pretende intervir. Isso inclui favorecer a intergeracionalidade (capítulo 7).

Para isso, é fundamental a efetivação da PNI, não apenas na velhice, mas ao longo de todo o ciclo da vida, como proposto na figura 4.

FIGURA 4
Estratégias para a efetivação da PNI no ciclo da vida



Elaboração da autora.

Nesse processo, a gestão tem papel fundamental, pois cabe a ela reconhecer a importância de se estabelecer, com ênfase na funcionalidade, o perfil de envelhecimento da população assistida (Brasil, 2006) e atuar junto a pessoas de todas as gerações. Este pressuposto é crucial para efetivamente garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2014), utilizando-se dos recursos da pessoa idosa, da família, da comunidade e dos serviços. Além disso, há que se reconhecer que quanto mais se distancia dos grandes centros menor é o alcance da saúde suplementar e menores são os recursos privados de apoio social; em contrapartida, a atuação da saúde pública e de serviços de cunho filantrópico se torna ainda mais fundamental para o cuidado à população.

Portanto para fazer face à fragilidade dos sistemas de saúde e de assistência social, é mandatória a perspectiva da intersetorialidade – feita a partir da atuação conjunta com outras políticas e da mobilização comunitária. Para isso, o estímulo ao trabalho em redes – com interdependência entre as pessoas e dinâmica direcionada para fortalecer e consolidar as atividades de interesse – é parte das diretrizes do modelo de cuidado à pessoa idosa (Brasil, 2014). Nesse sentido, a aplicação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pode servir de estímulo.

Considerando-se que uma pessoa idosa plenamente independente demanda recursos diferentes dos de uma pessoa idosa acamada, o objetivo da caderneta é identificar quem são, onde vivem e como vivem as pessoas idosas de diferentes perfis funcionais, atualizando as informações e favorecendo a comunicação entre os serviços. As equipes podem estudar a caderneta e definir em que situações ela será necessária, quem se responsabilizará por seu preenchimento, com qual periodicidade e em que momentos será exigida.

Toma-se como exemplo a aplicação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em uma população de 10 mil pessoas, das quais 600 (12%) seriam idosas. Muito há por ser feito para promover a saúde, a autonomia e a integração social destas pessoas. Estima-se que, nesse universo, deva haver:

- 1% de idosos institucionalizados, ou seja, dez indivíduos;
- 4% de acamados, ou seja, quarenta pessoas que demandam cuidado domiciliar; e
- 20% de idosos com incapacidades, isto é, duzentas pessoas que demandam avaliação e intervenção multiprofissional.

Nos grandes centros, 40% das pessoas têm planos privados de saúde, mas estima-se que, em todo o país, 75% dos idosos dependam exclusivamente do SUS (Lima-Costa *et al.*, 2011). Do ponto de vista funcional, esta realidade reduziria o universo de pessoas muito vulneráveis para 150 idosos, os quais podem ser avaliados de forma planejada pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs). Além disso, seria necessário garantir uma agenda protegida para se assegurar o acesso dessa população à saúde. A garantia de um atendimento por dia – ou seja, cinco por semana – seria suficiente para que todo esse universo fosse conhecido em menos de um ano; e em três meses, caso fossem garantidos dois atendimentos por dia. Essa atuação planejada não se resumiria a oferecer atendimentos médicos individuais, mas sim a favorecer o reconhecimento de casos semelhantes e a proposição de fluxos e ações coordenadas pelas diferentes políticas e organizações existentes no território. Parece plausível, mas por que isto não acontece?

A resposta é: porque a demanda da população idosa, mesmo frágil, não goza da prioridade necessária nem conta com qualquer tipo de incentivo para ser acompanhada longitudinalmente. Essa posição passiva dos serviços fragiliza o próprio cuidado oferecido. Além disso, muitas vezes os idosos têm sido culpabilizados pelas condições em que vivem e envelhecem. Outro entrave é a dificuldade de se saber a real dimensão da demanda, uma vez que a população mais frágil, especialmente a mais carente, enfrenta grandes dificuldades de acesso aos serviços. Como interferir nesta realidade?

5 A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO NO CUIDADO DAS FAMÍLIAS COM PESSOAS IDOSAS

Para fortalecer a PNI, a gestão precisa se envolver e pensar estratégias criativas e maneiras sistemáticas de trabalhar os casos, identificar os problemas semelhantes e discuti-los. O intuito é motivar as equipes, estabelecer fluxos e definir protocolos que possam orientar ações adequadas à realidade local. Isso significa rever e definir melhor a atuação e a qualificação do trabalho das equipes de forma coordenada.

Para Medeiros *et al.* (2010), o distanciamento entre o gestor e os profissionais da equipe e o estilo de gestão autoritário e rígido podem reduzir o entusiasmo e provocar descontentamento, insatisfação e frustração das expectativas dos profissionais. Este ambiente limita o desenvolvimento de novas ideias, desestimula a participação e dificulta a sinergia nas equipes. Em contrapartida, profissionais que atuam em um ambiente mais democrático, com liberdade, ficam mais estimulados a participar dos diversos processos, sentem-se mais responsáveis e conseguem enfrentar as dificuldades no trabalho com mais dedicação e entusiasmo. Por isso mesmo, a grande questão é ser capaz de conciliar a autonomia com a responsabilidade dos profissionais, sem lhes castrar a iniciativa, nem tampouco deixar as instituições à deriva (Campos, 2002).

No âmbito da saúde, fica a sugestão para o desenvolvimento de uma estratégia de matriciamento do cuidado para a população idosa. Trata-se de um novo modo de produzir efeitos em que as equipes, em um processo dialógico, discutem alternativas de intervenção com base nos recursos efetivamente disponíveis e na busca por otimizá-los (Figueiredo e Campos, 2009).

Contudo, diferentemente de outras propostas de matriciamento existentes, como a da Saúde Mental,⁹ na atenção à Saúde da Pessoa Idosa, as equipes sofrem com a carência de interlocução – faltam geriatras na rede SUS e em todo o país – e a insuficiência de instrumentos e recursos que favoreçam o matriciamento. Além disso, as ações e as situações de cuidado crônico no domicílio acontecem muitas vezes de maneira não sistematizada, e o sistema de saúde e de assistência social, quando acionado, é surpreendido por situações de crise.

Some-se a isso o não reconhecimento dos problemas de saúde das pessoas idosas em razão de sua invisibilidade, do preconceito presente na cultura brasileira, que toma a velhice como doença (Minayo, 2011), e da falta de formação gerontológica dos profissionais – contrariando o que preconiza a PNI. Tudo isso concorre para o adoecimento das pessoas idosas, em detrimento do cuidado, da promoção e da sua integração social à sociedade.

9. Nesta, duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (Chiaverini, 2011).

Nesse sentido, a gestão de uma política social deve estimular as equipes a identificarem, no território, as famílias junto às quais será necessário atuar de modo diferenciado, favorecendo o acesso a insumos e recursos dentro da rede e contribuindo para o aprimoramento do cuidado.

Algumas experiências realizadas nos municípios de São Paulo e de Belo Horizonte dão conta de que é possível sistematizar a atuação das equipes a partir da capacitação da rede para o cuidado à pessoa idosa e do reforço às ações preventivas e de reabilitação, inclusive ao cuidador (capítulo 19). Daí a importância de se incrementar e potencializar toda a rede intersetorial nesse mesmo objetivo, compartilhando experiências e fortalecendo os atores e os principais interessados: a comunidade, o grupo familiar e a pessoa idosa que é cuidada.

Essa atuação integrada deve acontecer por meio do desenvolvimento de projetos no território; da criação de grupos como estratégia de otimização de recursos; de trabalhos educativos e de inclusão social; do enfrentamento de situações de violência e ruptura social; e de ações junto aos equipamentos públicos (Brasil, 2009).

Ao analisar a implantação de grupos de apoio a cuidadores familiares no SUS de Belo Horizonte, Ferreira (2015) verificou que uma maior sinergia entre a gestão local e o facilitador treinado pelo PQCIF favoreceu a implantação desses grupos. Contudo, a sistematização do cuidado domiciliar e da relação entre o cuidador da pessoa idosa e a rede de saúde pública, inclusive dos que não conseguem se ausentar do domicílio por não terem com quem deixar a pessoa de que cuidam, ainda precisa ser construída (Chacon, 2015).

Como apontado no capítulo 19, é urgente e necessário implantar uma política nacional de cuidados com previsão de financiamento específico, introduzindo a discussão sobre a efetiva criação de um sistema socio-sanitário integrado e articulado em todo o país. Nesse sentido, a simplificação e a expansão dos centros de referência de atenção à saúde do idoso, inclusive para cidades de menor porte, bem como o incentivo à inclusão de geriatras nas equipes dos Nasfs, especialmente em regiões mais envelhecidas, seriam estratégias para favorecer o cuidado pretendido.

6 CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional brasileiro está posto. A pessoa idosa precisa ser ouvida em suas demandas e cuidada como público prioritário.

Assim, para reduzir as desigualdades sociais e as de saúde, é fundamental investir mais na oferta de serviços capazes de realizar a prevenção, a promoção, a assistência e a recuperação da saúde, para prevenir as fragilidades e as incapacidades e reduzir o risco de seu agravamento, especialmente na parcela da população com menos recursos. Isso inclui investir radicalmente na educação como política transformadora da realidade brasileira.

Cuidados crônicos e agudos se superpõem, e a Estratégia Saúde da Família fortalece as chances de a população idosa ter acesso aos serviços. Contudo, é importante cumprir o preceito que assegura que o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (Suas) se façam em acordo com as especificidades culturais de cada contexto, e, também, qualificar o cuidado por eles oferecido.

Para tanto, o envolvimento da gestão, a disposição de refletir sobre a práxis e o debate sobre critérios e sanções positivas¹⁰ que premiem ações com reflexos positivos sobre a condição de vida dos cidadãos na velhice podem servir para promover a efetivação da PNI e aprimorá-la em todo o país.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. T. S. Estado federativo e políticas sociais. Rio de Janeiro: Revan 2000.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 43-51, 23 fev. 2006. Seção 1.

_____. **Relatório de gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – gestão 2010-2012**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2012. Disponível em: <<http://tinyurl.com/relatoriodegestao2010-2012>>.

_____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 30. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/01/Diretrizesaten---opessoaidosa.pdf>>.

CAMPOS G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: Merhy E.; Onocko R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

10. A exemplo do que acontece na Saúde, em que o estímulo ao pré-natal é meta a ser cumprida e premiada pelo SUS com recursos financeiros.

CECCIM, R. B. *et al.* Círculos em redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação. **Forum Sociológico**, n. 24, 2014.

CHACON, P. F. **Grupos de cuidadores familiares de idosos**: porta aberta para o serviço, janela para o cuidado. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COUTO, E. C. **A efetividade do direito a saúde do idoso**: estudo de caso de hospital geriátrico em logística material. 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.

_____. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. **Horizontes Antropológicos**, v. 16, n. 345, p. 49-70, jul./dez. 2010.

DEBERT, G. G.; SIMÕES, J. A. Envelhecimento e velhice na família. *In*: FREITAS, E. V. de *et al.* (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FERREIRA, P. G. **Implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis na rede pública de saúde de Belo Horizonte**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIACOMIN, K. C.; MORAES, G. V. de O.; TEIXEIRA, A. L. Entrevista clínica e relação profissional com o paciente geriátrico. *In*: CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (Org.). **Neuropsicologia geriátrica**: neuropsiquiatria cognitiva em idosos. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. v. 1. p. 75-84.

GOLDENBERG, M. **A bela velhice**. Rio de Janeiro: Record, 2013.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.

_____. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/>>.

LEMOS, C. E. S. Entre o Estado, as famílias e o mercado. **Sinais Sociais**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 22, p. 39-61, 2013.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011. *On-line*.

LINS DE BARROS, M. M. A velhice na pesquisa socioantropológica brasileira. *In*: GOLDENBERG, M. (Org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p. 45-64.

MAIO, I. G. **Pessoa idosa dependente**: políticas públicas de cuidados intermediários ao idoso no Brasil e a atuação do Ministério Público. Curitiba: Juruá, 2016.

MALLET, S. M. **Denúncias e ações de enfrentamento a violência intrafamiliar**: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte - 2011-2013. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Revista Ciência e Saúde**, v. 15, 2010.

MINAYO, M. C. S. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. *In*: TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. (Org.). **Nós e o outro**: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. p.7-15. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=653335&indexSearch=ID>>.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. (Coleção Antropologia & Saúde).

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde (SUS). *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 365-394.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; DGS – DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Lisboa, [s.n.], 2004. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>.

SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 11-28, 2004.

SILVA, M. A. F. **O olhar do agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso: a contribuições de um processo de qualificação**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 93-122.

FERREIRA, P. G. *et al.* A qualificação do cuidado ao idoso e o apoio a cuidadores familiares na atenção primária para a promoção do envelhecimento ativo, cuidado e proteção da velhice. *In*: TEIXEIRA, M. G.; RATES, S. M.; FERREIRA, J. M. (Org.). **O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona, 2012. v. 2. p. 36-38.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. O caráter simbólico dos direitos referentes à velhice na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso. **Kairós**, v. 16, n. 2, p. 141-160, 2013. ISSN 2176-901X.

GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, 2015.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOLDENBERG, M. (Org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.