

Desafios às políticas públicas na perspectiva do envelhecimento bem-sucedido

Alice Alves Menezes Ponce de Leão Nonato¹

Recebido: 8 de setembro de 2017

Aprovado: 24 de junho de 2018

DOI: 10.18829/rp3.v0i12.27043

RESUMO

A velhice é o desafio do século. Não basta apenas ganhar anos de vida, é preciso viver com qualidade de vida. O envelhecimento bem-sucedido destaca metas que contemplam os aspectos biopsicossociais que perpassam esse momento da vida na intenção de promover a integralidade no atendimento às demandas dos idosos. A interdisciplinaridade e a intersetorialidade são caminhos que contribuem para transpor um modelo hegemônico de envelhecimento, que não corresponde à realidade da maioria dos idosos no Brasil e nem contempla muitos de seus direitos fundamentais, assim como pode reorientar as práticas interventivas junto a esses sujeitos sociais em uma perspectiva de empoderamento rumo a uma sociedade justa e solidária. O objetivo deste trabalho consiste em discutir a organização dos serviços oferecidos aos idosos nas políticas públicas em Manaus a partir das demandas apresentadas na política de saúde e de assistência social. Utilizou-se a metodologia ancorada nas abordagens qualitativas, com pesquisa bibliográfica e de campo com assistentes sociais que atuam diretamente com os idosos no seu cotidiano de intervenção profissional.

Palavras-chave: Velhice. Políticas Públicas. Intersetorialidade. Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

Old age is the challenge of the century. It is not enough just to gain years, it is necessary to live with quality of life. Successful aging highlights goals that address the biopsychosocial aspects that permeate this stage of life in order to promote integrally the demands of the elderly. Interdisciplinarity and intersectoriality are ways of transposing a hegemonic model of aging, which does not correspond to the reality of the majority of the elderly in Brazil and does not contemplate many of their fundamental rights, as well as it does not reorient the intervention practices with these social subjects in a perspective of empowerment towards a just and sympathetic society. The objective of this work is to discuss the organization of the services offered to the elderly by the public policies in Manaus, Brazil, based on the demands presented by the health policy and social assistance. We used a methodology anchored in qualitative approaches, bibliography and field research with social workers who work directly with the elderly in their daily professional interventions.

Key words: Old age. Public policy. Intersectionality. Interdisciplinarity.

¹ Mestra em Serviço Social e Sustentabilidade e Doutoranda em Sociedade e Cultura na Amazônia pela UFAM. Professora da UFAM. E-mail: allicyponce@hotmail.com

1. Introdução

Já não somos um País de jovens. Ao sair nas ruas e nos lugares públicos e privados, a presença dos idosos é notória. O crescimento demográfico da população mais velha é resultante das mudanças operadas a partir do avanço da medicina no que concerne ao controle de doenças e também é resultante dos fatores relacionados à redução nas taxas de fecundidade e mortalidade.

Segundo o IBGE (2010), no Brasil, há 26,1 milhões de idosos, o que representa 13% da população brasileira. As projeções acusam que até 2060, o País terá o mesmo número de habitantes do que 2025 (218,2 milhões). A região com mais idosos no Brasil é a região Sul, com 14,4% enquanto a região Norte é a que apresenta a menor proporção de idosos no Brasil com um percentual de 8,8% de pessoas com sessenta anos e/ou mais.

Se por um lado celebramos a conquista da longevidade, por outro, é necessário atentar para a garantia das condições necessárias para que o idoso viva dignamente, pois o velho de hoje revela a condição humana futura para os homens do presente, que serão os velhos de amanhã, do futuro. Assim, não basta, apenas, alcançar anos a mais de vida, é preciso vivê-los com qualidade de vida. As proposições em torno da qualidade de vida têm sido apropriadas de formas diferentes, segundo os interesses em questão na ordem social.

Como um tema que está na ordem do dia, a velhice chama a atenção de forma positiva e de forma negativa. Para o mercado, por exemplo, os idosos representam um estrato de consumo importante que fomenta o lucro nos setores de cosméticos, de vestuários, nutricionais, dentre outros, mas para o Estado, a velhice se torna uma preocupação à medida em que as necessidades dos idosos oneram os cofres públicos.

O final do século XX e o início do século XXI tem se ocupado das questões relativas ao corpo, à saúde e o bem-estar. Vivemos um tempo marcado pela volta da ética hedonista e individualista, que preconiza a valorização dos ideais de juventude, como a beleza, a força, a vitalidade e a produtividade, fatores que declinam com o tempo. Quando se chega à velhice, o mercado oferece um leque de técnicas que se propõem a amenizar os traços do envelhecimento, como a indústria de cosméticos e a adoção de estilos de vida saudáveis, que se afinam com a meta da gerontologia: “morrer jovem o mais tarde possível”. Recai sobre o indivíduo a “escolha” pela responsabilidade em querer assumir ou não essas medidas como

forma de combate aos traços do declínio e da decrepitude (DEBERT et. al., 2011; FENSTERSEIFER, 2011).

Para o Estado, a velhice se torna um ônus em razão do aumento das demandas dos idosos pelos serviços de saúde, previdência e assistência social (TEIXEIRA, 2008), principalmente para os velhos trabalhadores empobrecidos que durante a vida não conseguiram amediar recursos para gozar de uma condição de vida digna no ápice da existência já degradada pela trajetória de vida sofrida.

No início do século XXI, as proposições em torno da velhice caminham rumo à construção de novos projetos de vida. Um conceito que vem ganhando expressão é o de “envelhecimento bem-sucedido”, que dentro do discurso do “envelhecimento ativo”, designa a velhice como uma experiência positiva.

Albuquerque (2008) afirma que o termo “envelhecimento bem-sucedido” apareceu pela primeira vez na gerontologia nos anos 1960 trazendo uma mudança ideológica no sentido de romper com a ideia que considera o envelhecimento e a velhice como “sinônimos de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento”.

O “envelhecimento ativo” é definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um processo de otimização de oportunidades de bem-estar físico, mental e social através do curso da vida, de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçou este conceito ao precisar que o “envelhecimento ativo” é baseado no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e dos princípios de independência, participação, dignidade, cuidados e autodesempenho.

Embora não haja uma única definição a respeito do termo, Litvoc e Brito (2004) apontam a presença de três fatores essenciais que devem estar correlacionados a este conceito: a baixa probabilidade de doenças e de incapacidade relacionada a elas, boa capacidade funcional, tanto física como cognitiva, e participação ativa na comunidade.

As orientações dessas definições contemplam a proposta do que chamamos de “qualidade de vida” que, segundo Albuquerque (2008, p. 74), “engloba o campo econômico e uma vasta lista de necessidades, recursos e valores individuais, até a consideração das preocupações, problemas e objetivos societários que conformam a política social”.

“Qualidade de vida” tem sido um referencial para a avaliação dos serviços de saúde e assistência social prestados aos idosos.

Em Manaus, capital do Estado do Amazonas, as políticas públicas que transitam no eixo do envelhecimento bem-sucedido estão situadas entre a saúde e a assistência social, sobretudo no nível de baixa e média complexidade. A gestão dos serviços oferecidos por essas políticas tem sido norteadada pelo signo da “terceira idade”, que muitas vezes reduzem as intervenções a práticas simplistas, seja na perspectiva biomédicas de controle de doenças ou a atividades de socialização, que embora resguardem o seu nível de importância, consideradas isoladamente, não conseguem tocar na estrutura dos aspectos condicionantes que perpassam as reais condições de vida dos idosos na cidade.

Apesar da rede de proteção estar configurada em um mesmo território de abrangência, não se percebe articulação entre as ações em uma perspectiva interdisciplinar, tampouco entre os serviços oferecidos no âmbito das políticas públicas na dimensão da intersetorialidade, o que se reduz à fragmentação das demandas dos idosos, o que se faz contrário ao entendimento de considerar o sujeito como um ser biopsicossocial, que precisa de atenção complexa e em sentido de totalidade.

Este trabalho é uma análise localizada na cidade de Manaus a respeito da qualidade dos serviços oferecidos nas políticas públicas de saúde e de assistência social voltados à perspectiva de promoção da qualidade de vida dos idosos. O aporte metodológico ancora-se nas abordagens qualitativas, com realização de pesquisa bibliográfica e de campo, esta última realizada com assistentes sociais que operacionalizam as suas intervenções com idosos. Partimos do entendimento de que esses profissionais possuem um arcabouço teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político capaz de lançar um olhar crítico sobre as problemáticas que envolvem a questão social da velhice e, assim, afinarem as suas intervenções profissionais rumo à construção de um projeto de sociedade onde as discriminações contra os velhos sejam erradicadas e os seus direitos, respeitados.

2. Velhice: desafio do século

A velhice é condição humana, natural e inevitável. Natural, porque é um fenômeno biológico, visivelmente apresentado através dos sinais que o corpo emite, e cultural, na

medida em que é revestida de conteúdos simbólicos que informam as ações e representações dos sujeitos (MERCADANTE, 2003).

De acordo com Neri (2001), a mudança física é gradual e progressiva, mostra-se através do aparecimento de rugas, perda de elasticidade e viço da pele, diminuição da força muscular, da agilidade e da mobilidade das articulações, aparição de cabelos brancos e queda de cabelos, redução da capacidade auditiva e visual, distúrbios do sistema respiratório, circulatório, alteração da memória, dentre outras.

Assim detalha Beauvoir (1990, p. 34-35):

Os cabelos embranquecem e tornam-se mais ralos, também os pelos embranquecem, embora proliferem em certos lugares – como, por exemplo, no queixo das velhas. A pele se enrugam em consequência da desidratação e da perda de elasticidade do tecido dérmico subjacente. Caem os dentes. A perda dos dentes provoca um encurtamento da parte inferior do rosto, de tal maneira que o nariz – que se alonga verticalmente por causa da atrofia de seus tecidos elásticos – aproxima-se do queixo. A proliferação senil da pele traz um engrossamento das pálpebras superiores, enquanto se formam papos sob os olhos; o lábio superior míngua e o lóbulo da orelha aumenta. Também o esqueleto se modifica. A atrofia muscular e a esclerose das articulações acarretam problemas de locomoção. O esqueleto sofre processo de osteoporose, isto é, a substância compacta do osso torna-se esponjosa e frágil, sendo este o motivo porque a fratura do colo do fêmur, que suporta o peso do corpo, é um acidente frequente; e a vista cansada faz com que a capacidade de discriminação decline. Também diminui a audição, chegando frequentemente até a surdez. O tato, o paladar e o olfato tem menos acuidade que outrora.

Além das mudanças biológicas e fisiológicas que se refletem também na aparência, existem as mudanças psicológicas e sociais que, segundo Schwanke et. al. (2009), são modificações afetivas e cognitivas que se expressam mediante a consciência da aproximação do fim da vida, como a suspensão da atividade profissional pela aposentadoria, de onde surge muitas vezes a sensação de inutilidade, solidão, segregação familiar, dificuldades econômicas, declínio do prestígio social e mudanças de valores.

Se o destino natural do homem é a velhice, a não ser que morra antes, então por que essa condição humana é um desafio à humanidade? Não estamos preparados para envelhecer. Apesar dos avanços nas pesquisas sobre o envelhecimento humano, que consideram possível

viver esse momento da vida com relativa autonomia e independência, a velhice ainda é encarada como sinônimo de incapacidade como se os idosos precisassem ser tutelados. Segundo Gusmão (2003), o medo de se chegar à velhice tornou-se uma espécie de neurose na sociedade moderna.

A ideologia capitalista dissemina a valorização dos atributos relacionados à juventude como únicos padrões aceitáveis. A moral da pele lisa é estimulada pelos avanços no campo da biomedicina através da tecnociência, que se propõe a operar transformações no corpo para retardar o envelhecimento através das cirurgias plásticas, dos cremes anti-idades, dos remédios para reposição hormonal e disfunção erétil, dentre outras intervenções que prometem fazer milagres para manter ou recuperar um corpo conservado (SIBILIA, 2011), fortalecendo o mito da eterna juventude.

Combater a velhice se torna quase que uma escolha do indivíduo. O mercado disponibiliza os artifícios para retardar os sinais do corpo. Mas, só é acessível a quem pode pagar, o que não é o caso da maioria dos idosos que vive no Brasil, inseridos em um contexto de pobreza e exclusão social. Os idosos que podem optar por um envelhecimento mais dinâmico e ativo estão classificados no signo da terceira idade. São os aposentados dinâmicos que tem condições financeiras de custear uma alimentação mais saudável e atividades de convivência e lazer. Esse modelo de velhice passa a ser o ideal buscado para todos os idosos, o que desconsidera a pluralidade de velhices existentes e atropela as possibilidades de escolha ao pressionar psicologicamente o idoso para que se “enquadre” em um ideal que não corresponde aos seus anseios e necessidades. Para Fensterseifer (2009, p. 86):

Esta idealização, esta promoção de estereótipos da “boa velhice” (que brinca, que corre, que trabalha) empobrece nossa percepção desta etapa da vida, pois não nos permite enxergar diferentes “possibilidades de viver”, mas enfatiza “deficiências a corrigir”. Esta é a base do discurso eugenista que promove a intolerância e a coisificação, tornando-nos incapazes de suportar a diferença e a individualidade, uma vez que esta promove aquela.

A orientação das políticas públicas voltadas para os idosos tem se sintonizado também com o ideal da velhice ativa. As políticas de saúde e de assistência social tem priorizado o autocuidado e as atividades de convivência e lazer, como formas de manutenção de uma boa capacidade física e cognitiva. Os idosos dependentes e/ou em situação de

negligência e abandono ficam sob a responsabilidade da família e de instituições de longa permanência recebendo auxílio do poder público e de instituições não-governamentais.

Lobato (2007) destaca que a década de 1980 foi importante para a criação e desenvolvimento de programas voltados aos idosos, como a criação de grupos e centros de convivência, organizações de idosos em associações e programas de preparo para a aposentadoria, desenvolvidos por empresas estatais.

Esses programas se propõem a trabalhar no desenvolvimento de habilidades pessoais (aprendizagem, auto-estima e outras) e na reorientação dos serviços de saúde (humanização, integralidade da atenção, conceito amplo de saúde e interdisciplinaridade), devendo, além disso, implementar estratégias que impulsionem a ação comunitária.

Mas, os reflexos da política neoliberal sobre as ações do Estado no âmbito das políticas públicas e sociais tem conformado a qualidade dos serviços prestados dentro de uma lógica reiterativa dominante ao fortalecer um projeto de velhice que não corresponde a realidade da maioria dos usuários dos serviços sociais. Canôas (1983), ao analisar a condição humana do velho nas décadas de 1960 e 1970 no Brasil, período de atenção prioritária do Estado sobre a juventude e incipiente percepção do aumento de velhos no universo populacional brasileiro, explicita que os profissionais não sabiam como direcionar as suas ações junto aos idosos nos serviços de convivência oferecidos pelo SESC (Serviço Social do Comércio) e nem nas instituições de longa permanência, consideradas como depositários de velhos. A falta de conhecimento sobre a velhice levava a intervenções profissionais que transitavam entre a infantilização e tentativas de planejamento sobre o que achavam melhor para o idoso.

Com os avanços trazidos pela Política Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003) após o reconhecimento do envelhecimento da população como fenômeno mundial e progressivo e os esforços de teorização sobre essa questão, o direcionamento das ações muitas vezes ainda recaem sobre a tutela e a infantilização, como se a velhice fosse a regressão da vida que inspira dependência e cuidados de outro que se acha mais capaz de decidir o que é melhor para o idoso, tolhendo a condição de protagonista desse sujeito social e contrariando os esforços para ponderar as condições de autonomia e independência nessa fase da vida.

A tendência das políticas públicas sob a égide neoliberal tem caminhado na desarticulação, fragmentação e na descontinuidade dos serviços (YAZBEK, 2009). A política

de assistência social no âmbito estatal não insere profissionais por meio de concurso público, mas sob regime de contrato temporário, o que reflete diretamente sobre o direcionamento e a qualidade das ações prestadas nos serviços de convivência para idosos, pois pela rotatividade dos contratos de trabalho, não há como se especializar em determinada área de atuação. Sem capacitação, torna-se difícil conduzir um trabalho comprometido com as necessidades desses sujeitos.

A velhice é, portanto, um desafio às profissões e aos profissionais, às famílias, às instituições governamentais e não-governamentais e, sobretudo, às pessoas que envelhecem. Esse desafio está diretamente vinculado a uma cultura socialmente construída que segrega os idosos no âmbito de suas famílias, que censura moral e religiosamente seus relacionamentos afetivo-sexuais e os marginalizam economicamente com uma aposentadoria/benefício assistencial que não atende suas necessidades humanas e sociais, além do desrespeito cotidiano contra seu direito de ir e vir e ser bem atendido nas instituições em que solicitam serviços.

3. Políticas públicas de atenção ao idoso em Manaus – Amazonas

Manaus é a capital do Estado do Amazonas, situada na região Norte do País. O censo do IBGE de 2010 apontou que nos últimos 40 anos, a população que vive na cidade com idade acima de 60 anos cresceu mais de dez vezes, saltando de 10.584 para 108.902 habitantes. Podemos ver uma síntese histórica dessa progressão no seguinte quadro:

Quadro 1 – Evolução demográfica do número de idosos em Manaus

ANO	POPULAÇÃO ACIMA DE 60 ANOS	%
1970	10.584	3,40
1980	22.220	3,51
1990	37.702	3,73
2000	65.731	4,68
2010	108.902	6,04

Fonte: IBGE, 2010.

Em Manaus, Leão (2015) aponta que a rede de serviços voltada aos idosos nas diretrizes do envelhecimento bem-sucedido compreende as Unidades Básicas de Saúde, sob a administração da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e os Centros de Atenção Integral à

Melhor Idade (CAIMIs), de responsabilidade do Estado. De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM), a proposta dos CAIMIs consiste em garantir o atendimento ambulatorial ao idoso, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da terceira idade e nas ações preventivas relativas às políticas de saúde desenvolvidas na área de abrangência do CAIMI, agindo com equipe multidisciplinar capacitada, objetivando maior resolutividade possível. Existem três CAIMIs em Manaus. O CAIMI é um atendimento específico ao idoso, mas também funciona como atenção básica específica para esse segmento social.

Os Centros de Convivência existentes em Manaus são de responsabilidade da Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS) e totalizam-se em três. Dividem-se em dois Centros de Convivência da Família, que conta com usuários de todas as idades, desde crianças a idosos e um Centro de Convivência específico para o Idoso.

As demandas que os idosos apresentam nas políticas públicas em Manaus se iniciam nos serviços de saúde para o controle das doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Então, a porta de entrada para a rede de apoio socioassistencial é a unidade básica de saúde (UBS). A partir dali outras demandas são identificadas, como o requerimento para os benefícios assistenciais e previdenciários, a solicitação por serviços especializados e a inserção em atividades de lazer e socialização. Assim, além de serem encaminhados para atendimento especializado no CAIMI, os idosos também são direcionados para os serviços de assistência social, sobretudo os Centros de Convivência para idosos. Nesse caso, a política de saúde e a de assistência social se complementam na oferta dos serviços de promoção à saúde nos aspectos que contemplam a busca pelo envelhecimento bem-sucedido.

O enfrentamento dessas demandas nas unidades de saúde e nos centros de convivência acontece por meio da escuta qualificada, orientação e informação para que os idosos tenham acesso aos seus direitos de cidadania. Nas unidades de saúde (UBSs e CAIMIs), os profissionais afirmam que também encaminham os idosos para outras instituições que oferecem espaços de socialização e convivência, bem como atividades físicas e de lazer.

Nas unidades de saúde, tanto UBSs quanto nos CAIMIs, a intervenção predominante centraliza-se no atendimento individual. No Centro de Convivência da Família, as ações são, em sua maioria, socioeducativas e de atendimentos individuais sobre o processo de envelhecimento, direitos sociais (saúde, transporte, aposentadoria, assistência social e suporte jurídico) e o aparato oferecido pelo Estado. É difícil realizar um acompanhamento pleno das

demandas dos idosos, em razão do Centro de Convivência da Família demandar atenção sobre os outros públicos que frequentam o local. No Centro de Convivência específico do Idoso são oferecidas, além das atividades esportivas, oficinas, palestras e reuniões que abordam conteúdos sobre o processo de envelhecimento, direitos sociais, orientações previdenciárias e benefícios assistenciais, resgate da história do idoso, sexualidade, dentre outras que resgatam sua história de vida e seu protagonismo social.

A qualidade das ações desenvolvidas é questionável, pois recai sobre a esfera clínica do tratamento e restringe o idoso a um corpo doente, apesar das possibilidades de complementaridade nos serviços. Na política de saúde, o que se preconiza é o reforço das prescrições médicas recomendadas no consultório clínico, difundidas, inclusive, por profissionais das ciências humanas e sociais aplicadas. Assim, preconiza-se a prevenção dos agravos para que não atinjam estágio avançado, orientações para seguir adequadamente a ingestão dos remédios, palestras sobre as doenças crônicas e aquelas que se manifestam com frequência na velhice.

Pellegrini e Junqueira (2005) afirmam que a prática clínica se desvincula de um entendimento mais abrangente do ser humano, à medida que se restringe a um conjunto de órgãos que devem estar em pleno funcionamento. Mesmo considerando a importância do cuidado com o corpo, devemos ressaltar que os agravos que acometem os idosos relacionam-se intrinsecamente com o contexto de pobreza e marginalização social desencadeado pela sociedade capitalista:

O idoso gasta muito porque, pela natureza dos agravos que o acometem nesta sociedade, utiliza com frequência recursos diagnósticos e terapêuticos de alto custo e já não é geralmente um ser produtivo. Os cuidados preventivos, atualmente em moda, como dietas, exercícios físicos, combate ao tabagismo e ao alcoolismo, entre outros, são dirigidos a cada pessoa e ignoram questões como a solidão, o isolamento, o empobrecimento afetivo, a segregação social. Portanto, como muitas outras das medidas preconizadas por médicos (não fumar, não beber álcool, comer alimentos mais duráveis, caminhar todos os dias, medicar-se corretamente etc.) não encontram eco e se tornam inócuas, por mais corretas que sejam, se consideradas intrinsecamente. Além do mais, não tocam o cerne do problema do idoso nas sociedades ocidentais, que é a sua desvalorização como ser humano, uma vez que a sua vida já não influencia decisivamente o mercado. O culto à eterna juventude e o cuidado com o corpo tendem a excluir o idoso de forma cruel (Idem, p. 380).

Os serviços de saúde voltados aos idosos deveriam atendê-los considerando a complexidade social que envolve a demanda apresentada. Nesse sentido, buscar-se-ia compreender os problemas, as queixas e as necessidades e estruturar respostas considerando as condições de vida dos velhos trabalhadores na sociedade capitalista. Não são desconsideradas as ações de reabilitação e tratamento de saúde, mas dever-se-ia procurar articular a política de saúde às demais políticas públicas, como a econômica, a agrária, de habitação, abastecimento, educação, transportes e segurança pública, indo muito além da intervenção do setor específico, cuja expressão mais comum é a relação entre profissional e paciente, através de uma consulta.

Já nos centros de convivência, no âmbito da política de assistência social, os serviços oferecidos, além de sofrerem com a descontinuidade em razão dos vínculos precarizados de contratação dos profissionais, são estimulados no signo da terceira idade sem que se considere nas práticas interventivas as formas de elaboração e reelaboração da velhice a partir das diferenças plurais das vivências dos idosos.

Os Centros de Convivência agregam parcerias com as secretarias de esporte e lazer, instituições de saúde que disponibilizam atividades esportivas, cursos técnicos profissionalizantes e de geração de renda. Segundo Veras (2005), o Centro de Convivência pode proporcionar aos idosos um motivo para sair regularmente e uma oportunidade de contato social, tornando-se um local para atividades de lazer e educação profissionalizante e cultural, que tanto servem para valorizar o idoso como cidadão quanto para desmistificar preconceitos e estereótipos que circundam a velhice e, assim, construir novas possibilidades para reelaborar a vida.

As políticas públicas de atenção ao idoso em Manaus, apesar de estarem descentralizadas em cada zona da cidade, esbarram nas dificuldades de articulação intersetorial e em práticas multidisciplinares que, em vez de prestar assistência em uma perspectiva de totalidade, fragmentam o idoso em várias partes que precisam ser tratadas. Sem o entendimento sobre o processo de envelhecimento e a velhice, as ações reforçam a ideologia da “terceira idade” e patinam sobre a esfera clínica do tratamento, como se reduzisse o idoso a mero corpo doente.

4. Intersetorialidade e interdisciplinaridade no compromisso com o envelhecimento bem-sucedido

O envelhecimento bem-sucedido é um conjunto de propostas que contemplam a integralidade na atenção ao idoso, primando pela busca ponderada da autonomia e independência nessa fase da vida através do atendimento às suas necessidades básicas perpassando a instrumentalização para a participação política e a desconstrução de estereótipos que tolhem o exercício de seus direitos fundamentais.

Por se tratar de metas complexas, entendemos que o alcance requer a conjugação de esforços. É preciso um conjunto de fatores (políticas, intervenções qualificadas, mobilização conjunta e articulada) que devem ser pensados de forma estratégica, o que implica a conjugação de esforços tanto do poder público para assegurar a concretização de políticas públicas de qualidade, quanto da família, como esfera privada que possui a capacidade de prover proteção física, social e emocional, e da sociedade, através de uma mudança de cultura que valorize e respeite a velhice.

A família, a sociedade e o poder público devem oferecer apoio e todas as condições necessárias para que o idoso viva da melhor forma possível, mas sem imposição, respeitando seus valores construídos ao longo de sua trajetória de vida que definem seu modo de ser.

Os idosos, geralmente, adentram a rede de apoio socioassistencial pela política de saúde em busca do controle de suas doenças. A maioria dos agravos que acomete a saúde dos idosos está diretamente associada ao contexto de pobreza em que estão inseridos na sociedade capitalista. Se as necessidades de saúde também são necessidades sociais, não se espera que uma política pública por si só tenha condições de dar conta da amplitude que o conceito de saúde engloba, por isso a política de saúde é transversal às demais políticas públicas, que devem agir de forma integrada para que atinjam a universalidade da cobertura e do atendimento.

As diretrizes para o alcance do envelhecimento bem-sucedido preconizam, segundo Litvoc e Brito (2004), a constituição dos seguintes fatores:

Em primeiro lugar, para a baixa probabilidade de doenças e incapacidade associada a elas, não basta, apenas, considerar a ausência de doenças e incapacidades, mas deve-se atentar para os fatores de risco, como obesidade, fumo, intolerância à glicose, dentre outros. As

doenças que os idosos manifestam estão associadas ao estilo de vida, ou seja, a fatores extrínsecos. Sendo assim, os hábitos podem ser mudados para que as doenças não atinjam estágio avançado.

Em segundo, a preservação e o desenvolvimento de uma boa capacidade funcional e psíquica. Para Litvoc e Brito (2004, p. 08) “a influência de características socioeconômicas, como ter baixa renda, é um dos fatores do declínio da capacidade física, assim como atividades de lazer e suporte emocional dos familiares e amigos ajudam na manutenção de uma boa condição física”.

O terceiro aspecto se refere à diretriz que caracteriza um envelhecimento bem-sucedido é a participação ativa na comunidade. Essa atividade permite que os idosos estabeleçam vínculos afetivos e emocionais com outras pessoas que estão fora de seu círculo familiar. A participação comunitária pode favorecer redes de apoio social à medida que, por meio da troca de informações, os indivíduos possam construir alternativas que atendam suas necessidades, como uma atividade produtiva.

Para contribuir na concretização desses três aspectos, a intersetorialidade ganha destaque como estratégia a ser adotada contra as formas parcializadas de práticas sociais no âmbito das políticas públicas. É uma forma de gestão que implica o reconhecimento dos limites institucionais e profissionais, mas também considera as potencialidades oferecidas pelo poder institucional em comunicação com outros setores como forma de articulação conjunta para o enfrentamento de problemas concretos.

A interdisciplinaridade parte do reconhecimento do caráter dialético da realidade, no sentido de transcender o plano fenomênico do reducionismo estruturalista e a negação da neutralidade. No lugar de arrancar um fragmento da realidade e entendê-lo de forma isolada, como acontece no olhar da disciplinaridade, a perspectiva interdisciplinar parte do pressuposto de Morin (2005) que trata sobre a religação dos saberes explicitados na integralidade e na totalidade em sua relação com as partes que se comunicam.

Por isso, “a importância de buscar na interdisciplinaridade uma análise global dos problemas e na estratégia intersetorial a promoção de práticas sociais mais eficazes em relação à questão social atual” (MONNERAT e SOUZA, 2009, p. 203). A intersetorialidade deve se concretizar como síntese a partir de conhecimentos diversos dialogados de forma interdisciplinar.

A pesquisa realizada em Manaus mostra que os profissionais reconhecem a importância de articular parcerias entre as políticas públicas para um atendimento de qualidade em alusão ao envelhecimento bem-sucedido. O idoso não precisa somente de um atendimento de saúde clínica, que só cuida do corpo, mas necessita de uma atenção ampliada, que contemple o bem-estar psicológico, condições econômicas que atendam às suas necessidades, um convívio social que fortaleça redes de solidariedade mútuas, a participação política e um ambiente social que propicie a mudança cultural (LEÃO, 2015).

A articulação dos serviços entre as políticas públicas de saúde e assistência social contribuem para atingir uma perspectiva de complementaridade e integralidade. Entretanto, os profissionais que trabalham com os idosos afirmam que não se consegue ir além dos encaminhamentos e das referências e contra-referência, apesar das instituições estarem situadas em um mesmo território de abrangência.

Vasconcelos (2007, p. 250) destaca que, na maioria das vezes, os encaminhamentos são ações imediatas, isoladas e assistemáticas porque não se faz nenhum tipo de acompanhamento contínuo das ações demandadas, o que na realidade se traduz na transferência de resolutividade (e não de enfrentamento) da demanda para outras instituições, fragmentando as ações e o problema dos usuários. “Estes encaminhamentos, buscando resolver o mau funcionamento da rotina das unidades, jogam o usuário para o próximo serviço e/ou para fora da unidade, empurrando o problema para frente”.

Os relatos mostraram também a necessidade de articulação entre toda a equipe profissional e junto aos idosos, que são os protagonistas de suas próprias histórias. Mas, para falar em interdisciplinaridade nas práticas interventivas, é necessário primeiro que as áreas disciplinares de cada profissão estejam fortalecidas para que, depois, seja fomentado o diálogo plural respeitando as particularidades específicas de cada área e, posteriormente, permitindo-se à abertura aos diferentes saberes.

Em Manaus, o que se observou foi a preponderância da prática clínica, que está presente não só no consultório médico, mas que permeia a intervenção de outros profissionais que não estão no campo das ciências biológicas como, por exemplo, os assistentes sociais. Esses profissionais têm reforçado as prescrições médicas através das atividades socioeducativas e do atendimento individual. Ainda, reiteram uma prática conservadora que

fortalece a tutela ao querer decidir as ações que julgam apropriadas para serem desenvolvidas junto aos idosos em vez de inseri-los no planejamento destas.

Essa postura denota uma visão de velhice como uma fase incapaz e despreza o protagonismo dos idosos, o que poderia fortalecer a perspectiva do empoderamento. O empoderamento na velhice não significa responsabilizar unicamente o idoso pelo autocuidado, mas contribuir em esforços articulados para que o idoso seja o sujeito da própria história, acionando os mecanismos necessários para contribuir nesse processo.

Nesse sentido, Derntl e Watanabe (2004, p. 40) afirmam:

Os métodos considerados mais adequados em educação para saúde estão baseados em técnicas participativas que conduzem a tomada de consciência das pessoas sobre questões que lhes dizem respeito, de acordo com os princípios da escola de Paulo Freire. Nessa ótica, o processo educativo se relaciona mais com a busca da própria autonomia e com o ideal de uma sociedade livre e muito menos como formas de persuasão para que as pessoas adotem comportamentos que são apropriados pelos profissionais dos serviços de assistência. Quer dizer que se deve admitir a possibilidade de opção pelo indivíduo oferecendo formas de análise dos próprios comportamentos e atitudes pela informação e apoio técnicos, mas sem imposição. Esta corrente, que é característica do pós-modernismo, pela forte defesa do direito individual, é a da educação, como instrumento de “empoderamento” do indivíduo, mediante a aquisição de habilidades que lhes permitem controlar a sua vida. O paradigma do autocuidado, particularmente no que se refere aos idosos, serve-se desses postulados para a construção de um referencial teórico que tem na autonomia seu melhor argumento.

A dimensão teleológica para uma prática transformadora implica em processos de gestão e planejamento. As rotinas de trabalho nas instituições públicas obedecem a lógica da burocratização, da quantitatividade e do imediatismo. A pesquisa de campo em Manaus revelou que as assistentes sociais entrevistadas não possuem um plano de atividades para o desenvolvimento de suas ações. Por isso, a intervenção, na maioria das vezes, recai no pragmatismo e na acomodação.

O planejamento revela a orientação das ações a partir de diretrizes traçadas sob uma escolha teórico-metodológica e ético-política que envolve a atuação profissional, a articulação interdisciplinar, inclusive com a participação dos sujeitos demandantes das políticas públicas

e sociais. Sem planejamento, as intervenções profissionais junto aos idosos continuam a fortalecer o projeto dominante de velhice, ainda que não seja compatível com a realidade da maioria dos idosos que demandam os serviços sociais.

As observações traçadas nos permitem compreender que o envelhecimento bem-sucedido é uma aspiração que deve potencializar o viver e isso implica a garantia de condições sociais, econômicas, culturais e políticas que garantam a efetivação dos direitos de cidadania, mas também possibilitem práticas saudáveis, como uma alimentação equilibrada, adoção de estilos de vida saudáveis, lazer gratificante e atividades de inserção social dotadas de significado. Por tratar-se de metas complexas, exige-se tanto a reorientação dos serviços assistenciais de cunho preventivo e de promoção em saúde, como, sobretudo, o esforço de movimentos individuais e coletivos que possam contribuir para a construção de uma nova ordem societária.

5. Considerações finais

A velhice é um desafio que está na ordem do dia e não se trata apenas de um fenômeno, mas sim de uma realidade que cresce progressivamente. Não basta apenas ganharmos anos de vida, é necessário que se viva a longevidade com qualidade de vida. As metas para um envelhecimento bem-sucedido são complexas e implicam a necessidade de conjugação de esforços da sociedade, das instituições governamentais e não-governamentais, da família, dos profissionais que lidam com os idosos e da reorganização das políticas públicas.

A falta de conhecimento sobre a velhice, dado que as sistematizações teóricas sobre o tema são recentes no Brasil, uma vez que por muito tempo a atenção era direcionada à juventude, fazem com que essa condição humana e natural seja um atual desafio. Encará-la com o máximo de autonomia e de independência demanda a reforma no pensamento, na família, na sociedade e nas políticas públicas.

A interdisciplinaridade e a intersetorialidade são passos importantes no avanço dessa empreitada, haja vista que o envelhecimento deve ser entendido em toda a sua complexidade, considerando os vários fatores que diferenciam as diversas vivências dos indivíduos, como: saúde física e mental, gênero e classe social (BEAUVOIR, 1990).

A interdisciplinaridade possibilita o diálogo entre os saberes e pode contribuir para o entendimento multifacetado das questões da velhice, bem como orientar intervenções profissionais junto aos idosos que caminhem para o seu empoderamento e para novos rumos na construção de uma velhice plural e emancipada. A intersetorialidade consiste em uma forma de gestão parceira, sistemática e contínua, rompendo as barreiras da falta de comunicação entre as políticas públicas e articulando alternativas possíveis para o cumprimento das metas do envelhecimento bem-sucedido.

O envelhecimento bem-sucedido é uma discussão que transpõe o padrão hegemônico, que tolhe a pluralidade de velhices e não se compromete com a construção de uma sociedade mais justa para os idosos. Esse conceito precisa ser constantemente analisado sob o crivo da crítica para que não resulte em equívocos que reforcem a perspectiva da tutela e reproduzam a ideia de incapacidade.

Referências bibliográficas

- ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Lins de. Envelhecimento ativo: desafio do século. São Paulo: Andreoli, 2008;
- BEAUVOIR, Simone de. A velhice. Editora: Nova Fronteira, 1990;
- BRASIL. Estatuto do Idoso, 2003;
- BRASIL. Política Nacional do Idoso, 1994;
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010;
- CANÔAS, Cilene Swain. A condição humana do velho. São Paulo: Cortez, 1985;
- CASOTI, Leticia; CAMPOS, Roberta. Consumo da beleza e envelhecimento: histórias de pesquisa e de tempo. *In*: GOLDENBERG, Mirian (organizadora). Corpo, envelhecimento e felicidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011;
- DEBERT, Guita Grin. Velhice e tecnologias do rejuvenescimento. *In*: GOLDENBERG, Mirian (organizadora). Corpo, envelhecimento e felicidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011;
- DERNTL, Alice Moreira e WATANABE, Helena Akemi Wada. Promoção da Saúde. *In*: LITVOC, Júlio; BRITO, Francisco Carlos (orgs.). Envelhecimento – Promoção e Prevenção da Saúde. São Paulo. Editora Atheneu, 2004;

FENSTERSEIFER, Paulo Evaldo. O imperativo do idoso saudável: dimensões éticas. *In: DALLEPIANE, Loiva Beatriz (org.)*. Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. Ijuí, Editora Unijuí, 2009 (Coleção Saúde Coletiva);

GUSMÃO, Neusa Maria M. Infância e velhice: pesquisa de ideias. Campinas: Átomo & Alínea, 2003;

LITVOC, Júlio e BRITO, Francisco Carlos. Conceitos Básicos. *In: Envelhecimento – Promoção e Prevenção da Saúde*. São Paulo. Editora Atheneu, 2004;

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Serviço Social e envelhecimento: perspectivas do trabalho do assistente social na área da saúde. *In: BRAVO, Maria Inês Souza et. al. (org.)*. Saúde e Serviço Social. 3ª edição. Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007;

MERCADANTE, Elisabeth F. Velhice: a identidade estigmatizada. *In: Revista Serviço Social & Sociedade*. Ano XXIV, nº 75 – setembro 2003;

MONNERAT, Gisele Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *Ser Social*. Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2009. ISSN: 2178-8987 (versão eletrônica);

MORIN, Edgar. Ciência com consciência. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 8ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand, 2005;

NERI, Anita Liberalesso (org.). Desenvolvimento e Envelhecimento – Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. 2º ed. Campinas, SP: Papyrus, 2001 (Coleção Vivacidade);

PELLEGRINI, Virginia Maria Cristina; JUNQUEIRA, Virginia. Trajetória das políticas de saúde. A saúde coletiva e o atendimento ao idoso. *In: NETTO, Matheus Papaléo (org.)*. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu, 2005;

PEREIRA, Cláudia; PENALVA, Germano. “Mulher Madonna” e outras mulheres: um estudo antropológico sobre a juventude aos 50 anos. *In: GOLDENBERG, Mirian (organizadora)*. Corpo, envelhecimento e felicidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011;

LEÃO, Alice Alves Menezes Ponce de. Serviço Social e Velhice: perspectivas para o trabalho do assistente social na promoção à saúde do idoso em Manaus. Manaus: Edua, 2015;

SCHWANKE, Carla Helena Augustin et. al. Contextualizando a geriatria e a gerontologia no século 21. *In: DALLEPIANE, Loiva Beatriz*. Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. Ijuí, Editora Unijuí, 2009 (Coleção Saúde Coletiva);

SIBILIA, Paula. A moral da pele lisa e a censura midiática da velhice: o corpo velho como uma imagem com falhas. *In: GOLDENBERG, Mirian (organizadora)*. Corpo, envelhecimento e felicidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011;

YAZBEK, Maria Carmelita. O Serviço Social e a construção dos direitos sociais. *In: BAPTISTA, Myrian Veras; BATTINI, Odária (orgs.)*. A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção do conhecimento. Volume I. São Paulo: Veras Editora, 2009;

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento e trabalho no tempo do capital – Implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo, Cortez: 2008;

VASCONCELOS, Ana Maria de; MASSON, Fátima de Maria *et. al.* Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. *In:* BRAVO, Maria Inês de Souza *et. al.* (orgs.). Saúde e Serviço Social. 3ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007;

VERAS, Renato. Atenção preventiva ao idoso – uma abordagem de saúde coletiva. *In:* NETTO, Matheus Papaléo (org.) Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo. Editora Atheneu, 2005.