



Sessão temática: Classes sociais, geração e Serviço Social.

Mesa coordenada Envelhecimento e políticas sociais em tempos de contrarreformas.

ENVELHECIMENTO E SAÚDE NO CENÁRIO DE CRISE E CONTRARREFORMAS: AVANÇOS E RETROCESSOS NA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ASSISTÊNCIA

AGING AND HEALTH IN THE CRISIS AND NEOLIBERAL OFFENSIVE SCENARIO: ADVANCEMENTS AND SETBACKS IN THE CONSTRUCTION OF THE ASSISTANCE NETWORK

SÁLVEA DE OLIVEIRA CAMPELO E PAIVA¹

Resumo: Apresentar aspectos relacionados à política de saúde brasileira, focados na atenção ao segmento idoso das populações, consiste no principal objetivo deste Artigo. Fundamenta-se na história de avanços e retrocessos na construção da Rede de Assistência ao referido segmento, desde a Constituição Federal de 1988 ao atual cenário de crise e contrarreformas, traduzidas no desmonte dos Direitos e Políticas Sociais. Trata-se de um ensaio teórico, descrevendo o primeiro momento de aproximação do objeto da pesquisa em andamento, qual seja, *A rede de assistência à saúde do segmento idoso das nossas populações*, realizada em exercício profissional, fundamentada na perspectiva da totalidade social.

Palavras-chave: Saúde. Envelhecimento. Rede de assistência.

Abstract: Present aspects related to the Brazilian health policy, focused on assisting the elderly segment of the population, is the main objective of this paper. It is based on the history of advancements and setbacks in the construction of the Assistance Network to the referred segment, from the Federal Constitution of 1988 to the current scenario of crisis and neoliberal offensive, translated into the dismantling of Social Rights and Policies. It is a theoretical essay, describing the first approach to the object of research in progress, whatever is the assistance network to elderly segment's health of our populations, substantiated on the perspective of social totality.

Keywords: Health. Aging. Assistance network.

1 O ESTUDO DO ENVELHECIMENTO HUMANO NA PERSPECTIVA DA TOTALIDADE SOCIAL

Embora sejam importantes os estudos cujos enfoques se vinculem a aspectos relacionados aos campos da demografia e epidemiologia, é preciso ir

¹ Profissional com formação em Serviço Social. Hospital Universitário Osvaldo Cruz da Universidade de Pernambuco. E-mail: <solangemteixeira@hotmail.com>.

mais além. Contamos, na atualidade, com um verdadeiro acervo, no tocante à produção de conhecimento no campo da Gerontologia Social. Todavia, mesmo em se tratando da contribuição do Serviço Social brasileiro, estudos realizados por Campelo e Paiva (2014), Alves (2014) e Teixeira (2017), indicam ser mais presente a tendência vinculada à Gerontologia tradicional², perdendo de foco a perspectiva da totalidade social.

Nesse caminho de reflexão, vale salientar, estamos defendendo e nos reportando a estudos sobre o *envelhecimento humano e saúde na perspectiva da totalidade social*, quando: (i) contemplam, *na análise teórico-metodológica, o movimento histórico das relações sociais de produção e reprodução capitalista*; (ii) consideram *a centralidade do trabalho, entendendo que o trabalho é o ato fundante do Ser social*; (iii) abordam *a velhice enquanto uma produção social, tendo em vista que, na sociedade moderna, essa análise não pode ser apartada da ordem sociometabólica da reprodução do sistema do capital*; (iv) contextualizam a condição de adoecimento de homens e mulheres, velhos e velhas, associada às determinações sociais em saúde, enquanto uma expressão da questão social; e (v) adotam o ponto de vista da totalidade social, em contraponto à racionalidade do sistema do capital. (CAMPELO E PAIVA, 2014, p. 41). No dizer de Lukács (1974, p. 41), a categoria totalidade foi o ponto de vista adotado por Marx ao explicar a história. Desse ponto de vista, “o método dialético em Marx tem por objetivo o conhecimento da sociedade como totalidade”, não fazendo sentido a existência de ciências autônomas.

Linha de pensamento que nos remete a Antunes (2002, p. 16), quando o autor vem dizer do núcleo constitutivo do sistema de sociometabolismo do capital, formado pelo tripé “capital, trabalho e Estado”. E aqui recorreremos ao pensamento de Mészáros (2002), ao refletir e escrever sobre o assunto:

Não se pode imaginar um sistema de controle mais inexoravelmente absorvente – e, neste sentido, “totalitário” – do que o sistema do capital globalmente dominante, que sujeita cegamente aos mesmos imperativos a questão da saúde e a do comércio, a da educação e a agricultura, a arte e a indústria

² Estamos nos referindo aos estudos fundamentados em postulados da demografia e epidemiologia, com ênfase nos aspectos da transição demográfica e perfil de morbimortalidade.

manufatureira, que implacavelmente sobrepõe a tudo seus próprios critérios de viabilidade, desde as menores unidades de seu “microcosmo” até as mais íntimas relações pessoais aos mais complexos processos de tomadas de decisão dos vastos monopólios industriais, sempre a favor dos fortes contra os fracos (MÉSZÁROS, 2002, p. 96).

Diante dessas considerações iniciais, é possível explicar o nosso ponto de partida para os estudos sobre o envelhecimento humano: As relações de produção e reprodução social. Pois, em acordo com Marx (1978, p. 116), “população é uma abstração, quando deixo de fora, por exemplo, as classes que a constituem”. Mas, “classes” pode ecoar como uma palavra esvaziada de sentido, se desconheço elementos como “trabalho assalariado” e “capital” (MARX, 2011, p. 54). Pensamento este alinhado à contribuição Beauvoir (1990, p. 17), segundo a qual, “tanto ao longo da história como hoje em dia, a luta de classes determina a maneira pela qual um homem é surpreendido pela velhice”.

No tocante às questões do envelhecimento das populações, ao tomar a particularidade do Brasil, um país de dimensões continentais, é verificável em seu território a existência de uma população geral de aproximadamente 190.732.694 pessoas, segundo o último censo do IBGE (2010). Ou seja, um imenso contingente, heterogêneo, diante de características diversas, a exemplo de padrões diferentes e desiguais de educação, saúde, acesso a serviços e equipes qualificadas. Sem dúvida, realidade merecedora da devida atenção nos estudos sobre o envelhecimento das nossas populações.

Embora represente uma das principais economias mundiais³, ocupando o 9º lugar em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), em bilhões de dólares, no ano de 2016 (IPRI, 2017), contraditoriamente, ocupa uma das primeiras posições no *ranking* das sociedades mais desiguais do mundo, com base no Índice de Gini⁴, responsável por mensurar “o grau de concentração de renda

³ No *ranking*, os Estados Unidos aparecem em 1º lugar, seguido por China (2º), Japão (3º), Alemanha (4º), Reino Unido (5º), França (6º), Índia (7º), Itália (8º), Brasil (9º), Canadá (10º), Coreia do Sul (11º), Rússia (12º), Austrália (13º), Espanha (14º) e México (15º). IPRI (Brasil). (IPRI, 2017)

⁴ O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo, indicando a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Varia de zero a um, podendo ser de zero a cem (zero representa a situação de

em determinado grupo” (IPEA, 2004). Isso significa dizer que o Brasil está entre os 10 mais desiguais do mundo (PIRES, 2017; CORRÊA, 2017).

Pobreza, exclusão, desigualdade, situação da mulher, dentre outros indicadores, condicionarão o envelhecimento das nossas populações. Sem dúvida alguma, existem várias populações povoando o território brasileiro, onde a formação social e econômica tem as suas particularidades. Nessa engrenagem, como justificar a imunidade do envelhecimento, da velhice humana e, mais especificamente, dos segmentos que compõem a classe trabalhadora, ao sistema do capital? Como não perceber as diferenças e desigualdades vivenciadas por indivíduos e populações durante esse processo, o mais longo no curso de vida humana? Como não compreender a importância das lutas por direitos e políticas sociais de proteção à velhice de trabalhadores e trabalhadoras na sociedade moderna?

No tocante às questões da saúde das populações, com ênfase no segmento idoso, sabe-se, assim como há várias populações, há diferentes e desiguais processos de envelhecimento. Para dar conta dos objetivos deste Artigo, em síntese, cabe mencionar, entendemos que a Política Social é produto da lutas e movimentos sociais. Outro aspecto importante a considerar, diz respeito ao fato de não ser possível dissociar a relação da Política Social com a Política Econômica, diante das questões que envolvem a disputa pelo Fundo Público, tão bem estudadas Salvador et al. (2012) e Assis (2017). Finalmente, partimos do pressuposto de que a Política Social opera na esfera da reprodução da vida, da Força de Trabalho.

Diante do que foi colocado até o presente momento, creio ser o suficiente para iniciarmos o segundo item. Façamos, oportunamente, uma visita ao conteúdo de algumas normativas.

igualdade, quando todos têm a mesma renda; um ou cem indica o extremo oposto, ou seja, uma só pessoa detém toda a riqueza). No Relatório de Desenvolvimento Humano de 2004, elaborado pelo Pnud, o Brasil aparece com Índice de 0,591, quase no final da lista de 127 países. (IPEA, 2004)

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A VELHICE DA CLASSE TRABALHADORA: O QUE NOS DIZEM OS CONTEÚDOS DAS NORMATIVAS?

Conforme anunciado anteriormente, este Artigo reflete um dos primeiros momentos de aproximação do objeto de estudo: A rede de assistência à saúde do segmento idoso das nossas populações. Portanto, vejamos o que nos dizem as normativas consultadas... Alguns desses marcos legais são mencionados nos estudos que abordam as conquistas de Direitos vinculados à Proteção Social à velhice, sendo exemplos constantes a Lei Eloy Chaves (Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923), há 95 anos, e o Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003), sancionado em 2003, completando, em outubro do corrente, 15 anos.

Em breve visita às normativas, após a Lei Eloy Chaves e antecedendo o Estatuto do Idoso, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, vem legitimar no Art. 6º a saúde enquanto direito social, assim como, a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, dentre outros⁵. Vale observar, três desses direitos sociais compõem, no Art. 194., a seguridade social, compreendendo “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 1988) E assim chegamos ao Art. 196., preconizando: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...].*” (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Trata-se de um avanço, com certeza, em termos de conquistas, principalmente, quando lembramos do Movimento pela Reforma Sanitária (MRS) (PAIM et al., 2011), e da participação da Confederação Brasileira de Aposentados Pensionistas e Idosos (COBAPI) na Assembleia Constituinte (HADDAD, 1993), resultando na promulgação da Constituição Cidadã.

⁵ Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015.

Em relação às normativas, de certo modo, continuamos avançando, pois, ao ser consultada a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispoendo *sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde* [...], no Capítulo II, dos Princípios e Diretrizes, faremos a seguinte leitura:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - *integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema* [...] (BRASIL, 1990, grifo nosso),

Especificamente, direcionada ao segmento mais velho das nossas populações, em 1994, contaremos com a Política Nacional do Idoso (PNI) (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994), no intuito de “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.” (BRASIL, 1994) Merece destaque, para compor o nosso raciocínio, o Art. 10., onde é possível ler: “Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos: II - *na área de saúde: a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde* [...]”. (BRASIL, 1994, grifo nosso)

Cabe neste momento uma observação: Apesar de referir os diversos níveis de atenção do SUS, na PNI não há menção à Rede. Ou seja, nessa normativa que deveria especificar ações relacionadas à política de saúde do segmento em questão, perde-se de referência a ideia da assistência em Rede. Pois, como defenderemos até o fim deste Artigo, a existência dos *pontos de atenção*⁶ não implica necessariamente na articulação entre esses pontos, garantindo um fluxo entre os níveis da atenção. A título de esclarecimento, versando sobre Rede, o Art. 198 da Constituição brasileira refere:

⁶ “Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde [...]: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas [...]. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade.” (BRASIL, 2010)

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Assim, é possível levantar uma hipótese de trabalho, a partir da seguinte reflexão: A Constituição é mais avançada que a normativa específica, no tocante ao Direito Social à Saúde do segmento mais velho das nossas populações (?). Nesses termos, mais que um conceito, Rede é um objetivo, devidamente abordado na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, da seguinte maneira:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Mas não vamos atravessar o tempo. Transitando por 1999, voltamos a avançar quando, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) e a PNI (Lei nº 8.842/94), a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (Portaria nº 1.395/GM em 10 de dezembro de 1999), enquanto “Parte essencial da Política Nacional de Saúde, [...] fundamenta a ação do setor saúde na *atenção integral à população idosa* e àquela em processo de envelhecimento [...]”. (BRASIL, 1999, *grifo nosso*) Avanço no sentido de resgatar o princípio da *Integralidade*, tão caro ao exercício do Direito à Saúde das nossas populações.

A respeito da implementação da PNSI, a normativa faz referência ao “[...] *estabelecimento de uma articulação permanente* que, no âmbito do SUS, envolve a construção de contínua cooperação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.” (BRASIL, 1999, *grifo nosso*) Todavia, quando consultadas as *Diretrizes Essenciais* da PNSI, sai de foco a ideia da assistência em Rede, prevalecendo no conteúdo dessa Política o ideário provindo da I Assembleia Mundial para o Envelhecimento (AME),

realizada em Viena, em 1982. Argumento este visivelmente constatado nas diretrizes:

A promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999).

No retorno às normativas mais gerais do Brasil, a Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, resgatando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1988, estabelece que *as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único* (BRASIL, 2002c, *grifo nosso*), aprovando a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002) que:

Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002c).

Outro avanço a ser registrado neste escrito diz respeito à Portaria n.º 702, de 12 de abril de 2002. Em seu Art. 1º traz como principal objetivo a criação de *“mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do idoso”*, fazendo alusão à promoção do envelhecimento saudável. Essa Portaria *retoma a perspectiva da integralidade*, pois, dentre os vários “considerandos”, vamos encontrar o apelo à *“mudança do modelo assistencial à saúde do idoso, privilegiando a atenção integral [...]”*, envolvendo equipes multiprofissionais e interdisciplinares [...]” (BRASIL, 2002b, *grifo nosso*). A Portaria avança um pouco mais, ao *insistir na dimensão da assistência à saúde em Redes* (compostas por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso), conforme preconiza o Art. 2º, determinando às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que, em cumprimento à Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2002) *“adotem as providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de*

Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão estas redes.” (BRASIL, 2002b, grifo nosso)

Poucos dias após a Portaria n.º 702, a Portaria n.º 249, de 16 de abril de 2002, aprovou as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, delegando às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal a *adoção de providências para “organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso [...]”*, além de, “em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, organizar/habilitar/cadastrar os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, no quantitativo máximo estabelecido no Anexo da Portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002.” (BRASIL, 2002a, grifo nosso)

No entanto, atesta a favor da não consolidação desses Centros, a realidade vivenciada no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, da Universidade de Pernambuco onde, apesar do empenho e mobilização de uma equipe de profissionais, de gestores e da sociedade civil, desde o fim do Governo Fernando Henrique Cardoso, passando por todo Governo Luiz Inácio Lula da Silva, não viu esse Projeto efetivado.

4 30 ANOS APÓS A CONSTITUIÇÃO CIDADÃ, 15 ANOS APÓS O ESTATUTO DO IDOSO: “CADÊ A REDE?” EIS A QUESTÃO!

Na sequência das normativas, após sete anos de tramitação, em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso. Segundo consta em seu Art. 1º, “destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.” (BRASIL, 2003) Vamos recordar, de acordo com o Art. 2º:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003).

No Capítulo IV, do Direito à Saúde, convém resgatar o conteúdo do Art. 15., onde “*é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do*

Sistema Único de Saúde [...]”, e o texto avança no sentido de que essa garantia se dá mediante “o acesso universal e igualitário, *em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços*, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.” (BRASIL, 2003, grifo nosso) Conteúdo alinhado à ideia da assistência em Rede.

Após o Estatuto do Idoso, em 2006, vamos contar com o Pacto pela Saúde (Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006), contemplando três pilares: (i) Pacto pela Vida, (ii) Pacto em Defesa do SUS⁷ e (iii) Pacto de Gestão do SUS, onde cada pilar está constituído por um objetivo basilar e elenco de prioridades. Apesar de ser importante conhecer o conteúdo do Pacto na íntegra, para compor os objetivos deste escrito interessa apenas resgatar alguns elementos do Pacto pela Vida, “Constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.” (BRASIL, 2006b) Vale salientar, nesse Pacto consta como prioridade a *Saúde do Idoso*, no intuito de “*implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.*” (BRASIL, 2006b, grifo nosso)

De acordo com Campelo e Paiva (2016), em consonância com o Pacto pela Saúde, a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI), em 2006, preconizou a Construção da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (Renadi). Sendo pertinente conhecer o conceito de Rede adotado no Texto Base da I CNDPI:

Organização da atuação pública (do estado e da sociedade) através da implementação de um conjunto articulado, orgânico e descentralizado de instrumentos, mecanismos, órgãos e ações para realizar todos os direitos fundamentais da pessoa idosa do país (BRASIL, 2006c).

⁷ “Envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.” Elege como prioridades: 1. Implementar um projeto permanente de mobilização social e 2. Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do sus. (BRASIL, 2006b)

Nesse mesmo ano, houve a Revisão da PNSI, devidamente orientada pela II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (AME), realizada em Madri, no ano de 2002. Passou a prevalecer, desde então, o conteúdo da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006)⁸, com a finalidade primordial de “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, 2006a) Tornam-se alvo dessa política, todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.” Considerando,

[...] f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; [... (BRASIL, 2006a).

Como é possível observar, entre 2003 e 2006, é efervescente o movimento de conquistas de normativas direcionadas ao segmento idoso das nossas populações. Mas também há uma nítida bifurcação nesse trajeto: Se, por um lado, algumas normativas mais gerais primam pela garantia do princípio da integralidade, preconizando a assistência à saúde em Rede, de acordo com o Art. 198 da Constituição em vigor; por outro lado, as normativas mais específicas, apesar de alusivas ao SUS, focam nas orientações advindas das duas AME, perdendo de perspectiva a consolidação da Rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: ENVELHECIMENTO E SAÚDE, AVANÇOS E RETROCESSOS NA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ASSISTÊNCIA

As primeiras aproximações com o objeto de estudo, ora delimitado, *A rede de assistência à saúde do segmento idoso das nossas populações*,

⁸ No Art. 3º é fixado o prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da data de publicação da nova Portaria, para o Ministério da Saúde adotar “as providências necessárias à revisão das Portarias nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, e nº 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002, que criam os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso”, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a).

indicam um constante movimento de avanços e retrocessos. Coube, dentro dos limites para a produção deste Artigo, o registro de algumas consultas e reflexões, processo iniciado no âmbito de um Hospital Universitário, onde existe um Núcleo de Gerontologia Social, criado e coordenado pelo Serviço Social.

Ao fugir de uma perspectiva, tradicional, no campo da Gerontologia Social, a opção, em acordo com o Projeto Ético-Político hegemônico do Serviço Social no Brasil, tem sido a defesa intransigente da constituição de uma Gerontologia Social Crítica, norteadada pela Concepção Teórico-Metodológica Dialética, em Marx. Nesse caminho de reflexão, a proposta pedagógica tem sido: Estudar o envelhecimento humano na perspectiva da totalidade social.

Com relação à Rede de assistência à saúde do segmento idoso das nossas populações, vimos, ao que tudo indica, a Constituição brasileira em vigor, no que tange ao Direito à Saúde, desde 1988, avançava no sentido de preconizar essa Rede de assistência à população de maneira geral. Evidentemente, não vamos esquecer, fruto das lutas que antecederam e legitimaram na Carta Magna a Seguridade Social, contando com a essencial participação da COBAPI e do Movimento pela Reforma Sanitária [que continua].

Mesmo porque, continuando o nosso raciocínio, para o fechamento deste Artigo, em 2009, a II Conferência propôs “avaliar os avanços e desafios da construção da Renadi” que, evidentemente não estava consolidada. Segundo consta na documentação da II CNDPI, “[...] o envelhecimento populacional exige um redimensionamento das políticas públicas e serviços, que devem funcionar por meio de diferentes setores, [...]” (BRASIL, 2009). Mas a verdade é que não consolidamos a Renadi, entre os anos 2006 e 2009, não redimensionamos as políticas públicas nem os serviços de modo a atender às deliberações postas nessas duas primeiras CNDPI, apesar das lutas sociais.

No ano seguinte, outra normativa, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, foi apresentada enquanto “[...] Estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o

funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita [...].” (BRASIL, 2010). Novamente, a realidade é lembrada no conteúdo de uma Portaria, pois “o cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, [...]” (BRASIL, 2010). E são apresentadas algumas evidências, dentre as quais convém registrar: “[...] *A organização da Rede de Assistência à Saúde tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica*⁹ [...]”. (BRASIL, 2010, grifo nosso)

Surpreendentemente, em 2011, a III CNDPI, intitulada *O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil*, com o objetivo de “Debater avanços e desafios da Política Nacional do Idoso e demais assuntos referentes ao envelhecimento” (BRASIL, 2011a), perde de referência a continuidade da construção da Renadi. Tendência confirmada durante a IV CNDPI, realizada em 2015, com o tema *Protagonismo e empoderamento da pessoa idosa – por um brasil de todas as idades*. A IV CNDPI intentou “propiciar a reflexão e a discussão sobre o protagonismo e o empoderamento e as consequências nas transformações sociais, como estratégia na garantia dos direitos da pessoa idosa” (BRASIL, 2014).

Na contramão desse movimento, desde o ano em que foi praticamente abandonada a perspectiva da assistência à saúde ao segmento idoso das nossas populações em Rede, inclusive no temário das Conferências, foram consolidadas a Rede Cegonha¹⁰ (BRASIL, 2011b); Rede de Atenção Psicossocial¹¹ (RAPS) (BRASIL, 2011c); Rede de Cuidados à Pessoa com

⁹ De acordo com a Portaria: “Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.” (BRASIL, 2010)

¹⁰ “Visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.” (BRASIL, 2011b)

¹¹ Com a finalidade de “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (BRASIL, 2011c)

Deficiências¹² (Viver Sem Limites) (BRASIL, 2012); e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas¹³ (BRASIL, 2014), somente para exemplificar.

O aludido abandono coaduna, na atualidade, com a ofensiva neoliberal, em tempos da Emenda Constitucional nº 95. E, como se não bastassem a sequência de retrocessos, outro sinal de alerta está colocado. No âmbito da Câmara Federal, no último 16 de maio foi realizada a primeira reunião da subcomissão para propor a atualização do Estatuto do Idoso. Existem 134 propostas de alteração ao conteúdo da Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003.

Atualmente, são mais de 26 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, vivendo em um País com dimensões continentais, tanto demográficas quanto geográficas. Caracterizado por representar uma das melhores economias do mundo e ao mesmo tempo uma das sociedades mais desiguais, conformando um perfil heterogêneo, marcado por desigualdades sociais, de populações, inclusive, envelhecidas. Onde não conseguimos erradicar os efeitos do analfabetismo; da exploração; da falta de assistência integral a esse segmento; da desnutrição etc.

Ao conceber a Política Social enquanto produto da luta de classes, operando na esfera da reprodução da vida da classe trabalhadora e de seus segmentos, instituída no campo de disputas de interesses, notadamente, pelo fundo público, é importante sinalizar algumas questões a serem aprofundadas nos próximos momentos de constantes aproximações: Qual ou quais os sistemas de ideias estão formatando a produção dessas normativas? A quais interesses servem tais sistemas de ideias e as normativas? Quais os conceitos de envelhecimento, velhice e em qual realidade se inserem esses conceitos que fundamentam essas políticas? Trata-se, portanto de um estudo sobre a racionalidade, o conteúdo ideopolítico dessas normativas. Nos próximos

¹² Instituído “[...] por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (BRASIL, 2012)

¹³ Redefine “a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado.” (BRASIL, 2014)

movimentos de aproximações buscaremos: a história dessas normativas; agregar ao estudo do conteúdo ideopolítico o estudo do financiamento da Política de Saúde e, mais especificamente, da saúde dos homens e mulheres que envelheceram no nosso País.

Este Artigo, na verdade, um breve ensaio, no primeiro momento, resgatou a contribuição de intelectuais cujas produções de conhecimento embasam a linha de pensamento norteadora do estudo. Em seguida, ao transitar pela história e normativas da política de saúde brasileira, considerando a especificidade do segmento idoso das nossas populações, foram colocados elementos capazes de sustentar o argumento de avanços e retrocessos na construção da Rede de Assistência à Saúde do segmento idoso das nossas populações. Finalmente, foram feitos breves comentários a respeito das principais tendências, havendo uma nítida bifurcação na trajetória das normativas estudadas: (i) ênfase na construção da Rede; (ii) ênfase nas orientações provenientes das Assembleias Mundiais para o Envelhecimento Humano (Viena e Madri).

REFERÊNCIAS

ALVES, Suéllen Bezerra. **Serviço social e envelhecimento**: estudo dos fundamentos teórico-políticos sobre velhice na produção de conhecimento do Serviço Social no Brasil. 2014. 140 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12003>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

ANTUNES, Ricardo. Apresentação. In: MÉSZÁROS, István. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2002. p.15-20.

ASSIS, Rivânia Lúcia Moura de. Expropriação financeira, crédito consignado e contrarreforma da previdência: elos da financeirização. **Argumentum**, Vitória, v. 9, n. 3, p.52-64, 09 jan. 2017. Quadrimestral. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/16917>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. **IV Conferência Nacional da pessoa idosa.** 2014. Disponível em: <http://www.sst.sc.gov.br/arquivos/id_submenu/128/eixos_iv_cndpi__out_2014__3__1_.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2016.

_____. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011a.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011b.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **Orientações para as Conferências municipais, regionais e estaduais dos direitos da pessoa idosa:** passo- a- passo. 2011a. Disponível em: <http://www.social.mg.gov.br/images/stories/idoso/documento_preliminar_do_cndi.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **Anais... 2ª conferência nacional dos direitos da pessoa idosa: avaliação da rede nacional de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa: avanços e desafios.** 2010. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos->

direitos-doldoso-CNDI/conferencias/2a-conferencia/8-anais-da-ii-cndpi-2008>. Acesso em: 28 jan. 2016.

_____. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **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. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **I Conferência Nacional de Direitos do Idoso:** construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa - RENADI. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:focnSN4TV4J:www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Idosos/texto_base_1_conferencia_direitos_pessoa_idosa.doc+&cd=2&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 28 jan. 2016.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Estatuto do Idoso. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 249, de 16 de abril de 2002.** Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/legislacaoidoso/portaria_249_ministerio_da_saude.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002.** Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF, 2002.

_____. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999.** Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, DF, 1999. Disponível em:

<<http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-0711201573034.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. (1994). **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. Presidência da República. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. Presidência da República. Presidência da República. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 14 jun. 2018.

CAMPELO E PAIVA, Sálvea de Oliveira. “Envelhecimento ativo e participação”: um convite à reflexão sobre os objetivos das conferências nacionais dos direitos da pessoa idosa no Brasil. In: SOARES, Nanci; MASSO, Maria Candida Soares del; OLIVEIRA, Josiani Julião Alves de. In: CONGRESSO INTERNACIONAL ENVELHECIMENTO ATIVO: SAÚDE, SEGURANÇA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL, 1., Franca: Unesp, 2016. Cap. 2. p. 31-49. Disponível em: <http://franca.unesp.br/Home/publicacoes eletronicas/congressointernacionalenvelhecimentoativo/i-congresso-envelhecimento-ativo_.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014. 303 p.

CORRÊA, Marcello. Brasil é o 10º país mais desigual do mundo: país apresenta mais disparidades que vizinhos como Chile e México. **O Globo**, Rio de Janeiro, p. 1-1. 21 mar. 2017. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/brasil-o-10-pais-mais-desigual-do-mundo-21094828>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **O direito à velhice**: os aposentados e a previdência social. São Paulo: Cortez, 1993.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

IPEA. **O que é?** - Índice de Gini. 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 14 jun. 2018.

IPRI (Brasil). **As 15 maiores economias do mundo**. 2017. Disponível em: <<http://www.funag.gov.br/ipri/index.php/o-ipri/47-estatisticas/94-as-15-maiores-economias-do-mundo-em-pib-e-pib-ppp>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

LUKÁCS, György. **História e consciência de classe**: estudos de dialética marxista. Porto: Biblioteca Ciência e Sociedade, Publicações Escorpião, 1974.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos-filosóficos e outros textos escolhidos**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os pensadores.)

_____. **Grundrisse**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2002.

MORE: Mecanismo online para referências, versão 2.0. Florianópolis: UFSC Rexlab, 2013. Disponível em: <<http://www.more.ufsc.br/>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

PAIM, Jairnilson et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2018.

PIRES, Breiller. Brasil despenca 19 posições em ranking de desigualdade social da ONU. **El País: Brasil**, p. 1-1. 21, mar. 2017.

SALVADOR, Evilasio. et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

TEIXEIRA, Solange Maria. Serviço social e envelhecimento: perspectivas e tendências na abordagem da temática. In: COSTA, Joice Sousa et al. **Aproximações e ensaios sobre a velhice**. Franca: Unesp, 2017. Cap. 12. p. 193-209. Disponível em: <<http://www.franca.unesp.br/Home/Publicacoes/aproximacoes-e-ensaios-sobre-a-velhice-.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2018.