

Atenção à Saúde do Idoso: Políticas públicas e “saber local”¹

Health care for the elderly: Public policies and local knowledge

Bernadete de OLIVEIRA²

Maria Helena Villas Bôas CONCONE³

Flamínia Manzano Moreira LODOVICI⁴

Ruth Gelehrter da Costa LOPES⁵

Resumo: Tomou-se para considerações, neste trabalho, somente os resultados do Método Delphi: apresentaram-se e analisaram-se as opiniões dos representantes de Conselhos Municipais, de Saúde e do Idoso, a respeito das recomendações das políticas que auxiliam a consolidação da Atenção à Saúde do Idoso no SUS. A concretização e o fortalecimento das políticas de saúde voltadas para o idoso no âmbito do SUS deveriam se traduzir no cumprimento das diretrizes estabelecidas por essas mesmas políticas sociais de saúde direcionadas ao segmento. Foi encontrado nos municípios pesquisados um significativo desconhecimento, seja por parte dos servidores públicos, seja por parte dos usuários, dessas normas que compõem a Atenção à Saúde do Idoso.

Palavras-chave: Atenção à saúde do idoso. Saber local. Conselheiros Municipais.

Abstract: We used only the results from the Delphi method: we present and analyze the opinion of representatives of County Councils on the recommendations of policies that support the consolidation of health care for the elderly in the National Health System (SUS). Our final consideration is that the implementation and strengthening of health policies for the elderly in the SUS translate into compliance with directives established by these same social health policies directed to the segment. However, we have found in the surveyed counties a significant lack of knowledge of the guidelines and principles that comprise the health care of the elderly, either by public servants or by the users of such standards.

Keywords: Health care for the Elderly. Local Knowledge. County Councilors.

Submetido em: 30/04/2014. Revisado em: 11/07/2014. Aceito em: 21/07/2014.

¹ Apoio: Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2011/22612-2, Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) e Coordenadoria da Área Técnica Saúde do Idoso (DAPES/Ministério da Saúde).

² Fisioterapeuta. Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP, Brasil). É professora nos Cursos de Gerontologia, lato sensu, Unip/SP e COGEAE/PUCSP. E-mail: <bbell_o@yahoo.com.br>.

³ Antropóloga. PhD em Antropologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP, Brasil). É professora do titular do Departamento de Antropologia da PUCSP; do Programa Pós-Graduados em Gerontologia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, ambos da PUCSP. E-mail: <mhconcone@yahoo.com.br>.

⁴ Linguísta. Doutora em Linguística pela Universidade de Campinas (IEL – Unicamp, Brasil). É professora filiada ao Departamento de Linguística (FAFICLA/PUCSP, Brasil) e ao Programa de Estudos Pós Graduated em Gerontologia da PUCSP (Brasil). E-mail: <flalodo@terra.com.br>.

⁵ Psicóloga. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (FSP/USP, Brasil). É professora associada do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUCSP (Brasil). E-mail: <ruthglopes@gmail.com>.

Introdução

Estudo realizado entre janeiro/2011 e dezembro/2012, no Departamento Regional de Saúde 1 (DRS1): Grande São Paulo (em 100% dos municípios da RMSP⁶), ancorado no entendimento da Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI (Brasil, 1999) e na Política Mundial para o “*Envelhecimento Ativo*”, da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), e a da Atenção Básica (Caderno-19), preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). Os sujeitos da pesquisa foram os representantes de Conselhos Municipais (Saúde e Idoso). O trabalho de campo contou com entrevistas e aplicação do método Delphi.

Contextualizando a pesquisa, verificou-se que, enquanto mundialmente as últimas duas décadas do século XX registraram mudanças significativas nos campos socioeconômico, político, cultural, científico e tecnológico, o Brasil foi reconhecidamente considerado o país dos direitos sociais. O Estado Democrático de Direito constituiu-se e consolidou os direitos de cidadania em sua plenitude. Direitos ao mesmo tempo entendidos, no conjunto da sociedade e do Estado, como *jus*, algo que legitimamente pertence ao *povo*, em sua individualidade e coletividade. Abriu-se espaço para a descentralização e municipalização. Implantaram-se políticas públicas, destacando-se à época a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8080/90, Brasil, 1990). Expandiram-se ainda práticas democráticas e deliberativas (Brasil, 1988).

Ocorreram movimentos sociais, a globalização capitalista da economia, comunicações, cultura e conquistas tecnológicas. A *era da informação* sinalizou os novos tempos do século XXI, permeado por expectativas e perplexidades, balanços e reflexões sobre paradigmas postos, herança maior do passado. E mais: pela primeira vez na história do Brasil, “*a morte chegará mais tarde para muitos*” (ALBA, 1992, p.16). Estima-se que, em suas três primeiras décadas, alcançará na população total a proporção de 14% de idosos; países europeus precisaram de cem anos para atingir essa proporção (ONU, 2011; IBGE, 2010; FIOCRUZ, 2012).

Os paradigmas de políticas públicas, como a PNSI e a Política Mundial para o “*Envelhecimento Ativo*”, exemplificando, acompanham por vezes as próprias mudanças que indicam. O processo de definição e execução dessas políticas reflete, explicitamente, os esforços do Estado e sociedade em desejarem se preparar para enfrentar, com responsabilidade, questões sociais, econômicas, culturais e epidemiológicas previsíveis, e outras consequências do devir. O Brasil se organiza para responder às demandas crescentes de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso – PNI (BRASIL, 1994), começa a ser cumprida nos Estados em 1996, especialmente com Fóruns Estaduais e Regionais Permanentes, seu principal mecanismo de participação social. A PNI, marco da emancipação do segmento idoso, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direi-

⁶ Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

to à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Brasil, 1996).

Em 1999 quando da aprovação da PNSI, considerou-se a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relativa à saúde do idoso, que explicitasse a perda da capacidade funcional como o principal problema enfrentado por esse segmento. Em 2006, em consonância com a PNI, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi determinante a que órgãos e entidades relacionados à temática da saúde do idoso promovessem a elaboração ou readequação de planos, projetos e atividades em conformidade com diretrizes e responsabilidades estabelecidas na Política (Brasil, 2006).

Considerando que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas, destaque-se o compromisso brasileiro com a *Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002* (ONU, 2002), que prevê: (1) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e luta contra a pobreza; (2) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; (3) criação de entornos propícios e favoráveis ao envelhecimento; (4) recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso. Os conselhos municipais, do idoso em especial, têm papel fundamental no processo de cumprimento de políticas públicas nas esferas do governo e sociedade civil, sobretudo da PNI.⁷ Seus mem-

⁷ Apenas, por meio do Decreto n.º 4.227, em 13/05/2002, criou-se o Conselho Nacional dos Di-

ros contribuem em estabelecer diretrizes que norteiam a definição/redefinição da atenção integral à população idosa (BRASIL, 2006a).⁸

Um dos eixos conceituais do tema problemático refere-se à “*política deliberativa*” que, ao fortalecer na esfera pública a intenção de o Estado prover os direitos sociais como obra continuada de todos, compõe um palco de cidadania, de soberania popular e de gestão participativa; e, na localidade, uma política social coerente, mediante entendimento e argumentações que a justifiquem – pois, “*desde sempre, soube-se que, no Brasil, triunfar sobre a fragmentação e a ausência de solidariedade social dependia de uma construção política*” (VIANNA; CARVALHO, 2000, p.32). A política foi criada como o modo pelo qual as pessoas expressassem diferenças e conflitos sem transformá-los em guerra total, com uso de força e extermínio recíproco. Também como o modo pelo qual a sociedade internamente dividida, discute, delibera e decide a aprovação ou rejeição de ações comuns, relativas a todos os membros,

As pessoas que, desgostosas e decepcionadas, não querem ouvir falar em política, recusam-se a participar de atividades sociais que possam ter finalidade ou cunho político, afastam-se de tudo quanto lembre atividades políticas; mesmo tais pessoas, com seu isolamento e sua recusa, estão fazendo

reitos do Idoso (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DO IDOSO, 2005).

⁸ Uma das funções do Conselho Municipal do Idoso (CMI) é orientar a população idosa residente no município sobre seus direitos, nas áreas de Habitação, Saúde, Transporte, Trabalho, Assistência Social, Segurança, Lazer, Educação e Cultura (BRASIL, 1988).

política, pois estão deixando que as coisas fiquem como estão e, portanto, que a política existente continue tal qual é. A apatia social é, pois, uma forma passiva de fazer política (CHAUÍ, 1998, p. 371).

Mas o cidadão participativo gera uma condição essencialmente política: como protagonista concebe o mundo como ambiente de direitos e responsabilidades recíprocas e se realiza nele como sujeito de opinião e de vontade política – em ação coletivamente constituída. Não há direitos de cidadania em abstrato, a não ser como princípios éticos universais e expectativas de direitos. O usufruto efetivo de direitos depende da inserção dos grupos e indivíduos em “*circunscrições estatais*” concretas e territoriais e de providências e decisões políticas adotadas por governos concretos. Isso vale para todos os direitos e particularmente decisivo para os direitos sociais. A luta por direitos é fator de avanço civilizacional, democrático e político; sua potência somente se explicita quando se politiza, pois tal luta só tem como ser travada em meio a conflitos sociais, interesses institucionais e postulações de autoridade ou poder. Uma eventual “*reivindicação de direitos*” não tem como se completar fora da política: hipostasiar pode produzir apenas expectativas por vezes mal dimensionadas e frustrações (NOGUEIRA, 2004).

“Políticas públicas seriam intervenções planejadas do poder público com a finalidade de resolver situações sociais problemáticas” (NOGUEIRA; DI GIOVANNI, 2013, p. 26). Quanto à definição do que sejam situações problemáticas, ampliou-se – além das estruturas e dos órgãos do Estado – a capacidade coletiva,

disseminada na sociedade, de problematizar e participar na formulação de agendas públicas com intensificação do exercício da cidadania e do desenvolvimento de uma cultura política compatível com a democracia participativa. Na atualidade compreendem-se as políticas públicas como “[...] uma configuração específica de relações de poder – uma configuração institucionalizada, recorrente e estruturada – mediante a qual se constitui uma probabilidade de ação coletiva” (NOGUEIRA; DI GIOVANNI, 2013, p. 26).

Em uma sociedade extremamente desigual e heterogênea como a brasileira, tais políticas desempenham importante papel em relação à garantia dos direitos e democratização dos espaços de decisão política. A frustração, ou não, dessas expectativas se coloca em relação direta com os pressupostos e parâmetros adotados na concepção e na relação entre Estado, governo e sociedade (KUDZIELICZ et al., 2009).

Guardados os cuidados essenciais, é fundamental, porém, pensar o futuro, os direitos humanos, sociais, saúde e educação. A OMS adotou o “envelhecimento ativo” para expressar os desdobramentos da ação intersetorial “no processo de otimização das oportunidades de saúde... à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.13). As ações interseoriais têm sido, aliás, enfatizadas também nos documentos oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, como, por ex., no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b). A literatura internacional referem-nas como estratégia HIAP, “health in all policies”,

ou “saúde em todas as políticas” (GOU-LART, 2011, p.36). As oportunidades de saúde não se dão, portanto, apenas no plano sanitário propriamente dito, também no social e econômico durante o curso de vida.

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (OMS, 2005, p. 13).

A política de saúde depende de uma diversidade de ações centradas em distintos condicionantes sociais; no caso brasileiro associa-se à perspectiva da mudança social e redução das desigualdades. Saúde é “[...] um fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente” (MINAYO, 2010, p. 65), obra de complexa produção cultural cujos resultados na qualidade de vida de uma sociedade ligam-se a decisões políticas sobre os determinantes sociais da mesma – saúde.

As presentes considerações devem ser vistas como pano de fundo da pesquisa, seja na sua concepção, seja na sua execução e análise dos resultados. Até que ponto questões essenciais ao bem-estar comum, ao atendimento, às necessidades dos idosos e ao respeito à cidadania exaradas nas Leis, Normas, Recomendações etc. são entendidas como tais pelos envolvidos – trabalhadores da saúde e usuários? Assim, as análises que apresentamos (precedidas de indicações sobre a metodologia do trabalho), além de mos-

trar os consensos de respostas, a estas problematizam ao contrapô-las às discussões de estudiosos do campo e às determinações legais definidoras de políticas relativas ao segmento idoso.

Procedimentos metodológicos

Por meio dos dados quantitativos, qualitativos e prospectivos, obtidos em entrevista presencial gravada e na aplicação do método Delphi, buscou-se um consenso de entendimento e interpretação das respostas às perguntas feitas. O consenso resultante nos remeteu às singularidades e às totalidades dos sujeitos. Abriu espaço para nos debruçarmos sobre o contexto do saber local, aproximando-nos do princípio de que “A cultura é pública porque o significado o é” (GEERTZ, 1973, p. 9). Nesse sentido, a pesquisa caracterizou-se como exploratória, descritiva, fundamentada em uma perspectiva política e cultural. Implica que a prática da análise do discurso social aqui envolvido, o entendimento da visão de mundo (ponto de vista) dos sujeitos entrevistados (CONCONE, 2003), numa abordagem interpretativa, torna-se necessária para inspecionar o “saber local” (GEERTZ, 1997), o cumprimento ou não de políticas ligadas à Saúde do Idoso. Antes de inspecionar esse discurso, alguns dados sobre método.

O Método Delphi Eletrônico (não presencial) utiliza na coleta de dados a plataforma da *web*, numa tentativa de “alinhar” as posições, por vezes conflitantes dos “especialistas”, em perspectiva coe-

rente e unificada.⁹ Originalmente desenvolvido para recolher conhecimentos em domínios incertos e emergentes, passou a ser aplicado em contexto de avaliação, apurando os conhecimentos significativos ou não sobre determinado assunto (GIOVINAZZO; FISCHMANN, 2001); neste caso, sobre intervenções municipais na área de Atenção à Saúde do Idoso.

Nesta investigação, foram necessárias duas rodadas de consulta aos 109 entrevistados em 54 dias, para perfazer o Delphi, via eletrônica: do total dos sujeitos, 68 (62%) opinaram no Ciclo I; e 51 (46,8%), no Ciclo II. O produto final, analisado aqui, foi definido pelos sujeitos participantes do Ciclo II, ou seja, 51 conselheiros, distribuídos e classificados desta maneira: 13 como representantes do grupo dos idosos (ou 72,2%), nos Conselhos Municipais do Idoso (CMI); 14 do grupo das Secretarias Municipais da Saúde (SMS) (ou 70,0%), nos Conselhos Municipais da Saúde (CMS); 22 do grupo dos usuários (ou 73,3%), no CMS.

Optou-se pelo encerramento do Ciclo II quando se evidenciou um valor acima de 60% na tabulação estatística das respostas às questões, ou seja, uma convergência satisfatória que representou a consolidação do entendimento do grupo a respeito

⁹ Outra característica peculiar do trabalho foi a consulta não se limitar aos “especialistas”, técnicos da saúde investidos no papel de Conselheiros. Buscou-se a opinião qualificada de membros da sociedade civil, igualmente investidos na função pública de Conselheiros, e que, embora “leigos”, à sua maneira podem ser considerados “especialistas”, pois, em tese, participam democraticamente da definição dos serviços públicos de saúde nos municípios em que residem.

de determinada temática. Nos próximos itens enfatiza-se, na similaridade de opiniões, o “saber local” (“entendimentos” e “interpretações”) e se procura ver se as opiniões consensuais que explicitam o conhecimento dos sujeitos expressam a continuidade futura dos direitos sociais previstos nas políticas públicas. Primeiramente, foram examinadas as perguntas com resposta alternativa escolhida por mais de 60% dos sujeitos de cada grupo; em seguida as perguntas com respostas que não foram escolhidas por nenhum representante daqueles grupos (0%) – caracterizadas, como consenso, por “voto nulo”.

Análise interpretativa dos resultados

Na análise dos resultados detectou-se consenso de opiniões em torno dos seguintes temas da área da saúde do idoso: acolhimento, avaliação global, educação em saúde, o que os idosos gostam nas UBSs¹⁰, envelhecimento ativo, promoção do envelhecimento ativo, atendimento em média e alta complexidades, assistência farmacêutica e acessibilidade. Na apresentação que se segue, discutem-se e são interpretadas as respostas, buscando propiciar mais uma leitura do fenômeno estudado, no caso, a Atenção à Saúde do Idoso.

1 Troca de receita e encaminhamentos

Todos os grupos afirmaram que são “consultas, exames, troca de receita e reti-

¹⁰ Unidades Básicas de Saúde (UBSs) onde se pode receber atendimento básico e gratuito em várias especialidades.

rar medicamentos” o que os idosos mais encontram nas UBSs. Este consenso que representa bem o tipo de serviço encontrado é positivamente avaliado pelos participantes; pode estar sinalizando, contudo, a necessidade de avaliação crítica por gestores e responsáveis. Idoso em tratamento medicamentoso expõe-se ao aumento da ocorrência de reações adversas à absorção das drogas; isso acarreta a piora do quadro de saúde daquele que consome mais medicamentos, e que, muitas vezes, apresenta dificuldade de seguir o tratamento em casa, por confundir medicamentos, dias e horários prescritos e/ou consumi-los sem receita médica (Albuquerque, 2012).

A falta de comunicação entre médicos de diferentes especialidades agrava essa circunstância, principalmente quando prescrevem para um idoso cinco ou mais medicamentos, tornando-o susceptível aos riscos da chamada polifarmácia (SECOLI, 2010). Desta decorrem vários riscos, como a alta incidência de quedas (com fraturas) em idosos, gerando sofrimento pessoal e onerosas internações hospitalares ao poder público, idosos e familiares (OMS, 2005; SOUZA; OLIVEIRA; LOBO, 2009).

A despeito dos recursos existentes no município, houve unanimidade nos grupos, com concordância de que se a demanda for de alta complexidade “recorre-se ao Estado ou serviços regionais”; e acentuando a necessidade de encaminhamento e/ou agendamento. Escolha que está, de fato, perfeitamente alinhada com o modo de organização dos serviços de saúde. O interesse local, associado ao cumprimento de serviços e atividades

quanto às exigências imediatas, como, por ex., o acesso a medicamentos, complementado em ações e serviços de interesse regional ou estadual, de média e alta complexidade.

O interesse local, conforme previsto no art. 30, inciso V, da CF/88, confere ao município competência para “organizar e prestar [...] os serviços públicos de interesse local”; na saúde identifica-se, comumente, a necessidade de os municípios, principalmente os metropolitanos, extrapolarem o interesse meramente local na prestação de serviços, que devem atender ao interesse de outros municípios (ACKEL FILHO, 1992, p. 35).

A questão da responsabilidade local também se complica quando o assunto é a acessibilidade aos estabelecimentos de saúde e ao entorno (vias públicas).

2 Acessibilidade

Cidades com ambientes acessíveis, limpos e agradáveis são vistas como uma conquista para todos. Acessibilidade inclui investimento em meios de circulação/compatibilização (otimização) do tempo requerido para a atividade e o percurso (deslocamento). Mobilidade indica as condições das pessoas em se movimentar no espaço urbano, utilizando espaços públicos, circulando sem obstáculos, com segurança.

Os grupos que representam o CMI e a SMS afirmaram que os estabelecimentos de saúde antigos não foram adaptados aos usuários, ao passo que “os novos são”. O SUS foi concebido como um sistema que deve conjugar ações e serviços, garantindo a integridade biopsicossocial dos usuários. Programas como “Cidades

Saudáveis” e “Cidades Amigas dos Idosos” (OMS, 2008) são fundamentais para se viver e envelhecer em ambientes saudáveis, o que fez com que algumas cidades se interessassem em desenvolver programas e ambientes que as tornassem “amigas do idoso”. Parece recente a complexidade das exigências de acessibilidade ampla; a proposta, porém, não é recente e, menos recentes, ainda, são os obstáculos para que a meta da acessibilidade, instituída no Decreto 5.296 (Brasil, 2004a), de abrangência nacional, aconteça. Ainda hoje, a percepção tradicional de que quedas entre idosos são “acidentes” caracteriza essa situação como parte da negligência histórica premente na área da saúde pública (SOUZA; OLIVEIRA; LOBO, 2009).

De novo, tem-se um descompasso entre necessidades locais e respostas que dependam de decisões conjuntas sobre alocação de recursos. Adequação do ambiente físico implica em inovar para reduzir, drasticamente, a situação de riscos nestes espaços, explicitada ao se expor um usuário a circunstâncias que lhe possam causar danos à vida.

3 Acolhimento

Ressalte-se que, aqui, o consenso só se obteve no grupo dos representantes do CMI (69%), que entendeu que o acolhimento “vai além do atendimento da enfermagem e do médico, envolve também a atenção da família e dos cuidadores domiciliares”. Esta afirmação traduz o desejo desses representantes, constituindo um dos inúmeros desafios enfrentados pelo SUS, sistema público que lida com a

defesa da vida e que para garantir o direito à saúde precisa escutar, entender e atender seus usuários.

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem a idade avançada no melhor estado de saúde possível, ofertando maior resolutividade às demandas de saúde da população idosa no lócus em que reside. Para tanto, além de se considerar a realidade do envelhecimento populacional, é preciso cumprir diretrizes de documentos oficiais: o Pacto pela Vida (Brasil, 2006a) e a PNSPI (BRASIL, 2006), Atenção Básica (BRASIL, 2006c), Promoção da Saúde (BRASIL, 2006d) e Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2004). A diretriz “*HumanizaSUS*” complementa as iniciativas com propostas de inovações no acolhimento (BRASIL, 2004a).

O ‘Acolhimento’ não é um espaço ou um local específico, não pressupõe hora ou um profissional determinado para fazê-lo. É uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social. Implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias constantemente renovados (BRASIL, 2007, p.14).

Quando está em relação com algo ou alguém (ação de “estar com” ou “próximo de”), o acolhimento afirma-se como uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política do SUS. Ética, quanto ao compromisso com o reconhecimento do outro, acolhendo-o em suas diferenças, dor, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida. Estética, ao trazer para as relações e encontros do dia a dia a invenção de estratégias favorecedoras à dignificação da vida e do viver e, assim, com a construção de nossa própria humanidade. Política, por implicar o compromisso

coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (TEIXEIRA, 2003).¹¹ Para o conselheiro idoso, de fato, o acolhimento deveria ir além do preconizado por lei.

4 Educação para a saúde

Sobre a educação para a saúde oferecida aos usuários, 62% do grupo do CMI concorda que “os agentes de saúde informam a população sobre os serviços oferecidos e mostram a importância do atendimento para melhorar a qualidade de vida”. A educação é dever permanente e direito social:

Tanto quanto um direito, a educação é definida, em nosso ordenamento jurídico, como dever: direito do cidadão – dever do Estado. Do direito nascem prerrogativas próprias das pessoas em virtude das quais elas passam a gozar de algo que lhes pertence como tal. Do dever nascem obrigações que devem ser respeitadas tanto da parte de quem tem a responsabilidade de efetivar o direito como o Estado e seus representantes, quanto da parte de outros sujeitos implicados nessas obrigações (CURY, 2007, p.484).

No SUS, ainda que, por um lado, encontrem-se diversos desníveis entre os serviços que se prestam e as ações preconizadas que instituem a educação para a saúde, por outro, mantém-se a ideia de que não há idade para educar; e de que edu-

cação para a saúde (ou pela vida), não é posição que se possa dizer neutra, pois parte do processo de desenvolvimento individual, ideológico, social e político.

Com a adoção e ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) nos municípios, após décadas de privilégio à atenção hospitalar, os esforços, programas e investimentos públicos concentraram-se na Atenção Primária da Saúde – APS (GOU-LART, 2011), atributos únicos complementados por características que deles derivam: orientação familiar, abordagem comunitária e competência cultural.

5 Envelhecimento Ativo

Para 62% do grupo que representa os idosos no CMI, Envelhecimento Ativo “é envelhecer de forma lúcida, em movimento, não ficar em casa e não se tornar inativo após a aposentadoria”. Afirmção que resulta do chamado “saber local” associado à incorporação de motes relacionados à vida ativa, que, além do mais, costuma ser vista de uma maneira muito limitada. Para o Estado, famílias e indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice. Programas e Políticas de Envelhecimento Ativo reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar responsabilidade pessoal (cuidado consigo mesmo), ambientes amistosos para as faixas etárias, e solidariedade entre gerações. As pessoas que se mantêm ativas conforme envelhecem enfrentam menos problemas para continuar a trabalhar (OMS, 2005).

Vê-se o mundo do trabalho acentuado. Nos países menos desenvolvidos, boa parte da população executa trabalho físi-

¹¹ “Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e ‘perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão”. (FERREIRA, 1975, P 27)

co árduo e tarefas que aceleram deficiências, causam lesões e agravam doenças existentes, especialmente à medida que se aproximam da velhice. As tarefas podem incluir grande responsabilidade, caso dos cuidadores de idosos e de avós que cuidam de netos que, muitas vezes, não encontram oportunidades para descanso e recreação. Na maioria dos países, as políticas públicas e programas que estimulam pessoas inativas a se tornarem mais ativas à medida que envelhecem, não garantem os meios para tal, e raramente (1) propiciam áreas seguras para caminhadas; (2) apoiam atividades comunitárias organizadas e lideradas pelos próprios idosos e culturalmente apropriadas; (3) contratam profissionais para orientar o idoso para a participação gradativa ou desenvolver reabilitação física, que o ajude a recuperar a mobilidade, de forma eficiente e eficaz em termos de custo-benefício (OMS, 2005).

A maioria dos conselheiros que representam os idosos (69%) concorda que há nos municípios medidas para promover o envelhecimento ativo, como receber nos centros de saúde atendimento médico e de enfermagem voltados à *“vacinação, aferição da pressão arterial, controle da diabetes e distribuição de medicamentos”*. Estas medidas previnem doenças, mas, por vezes, não substituem o esforço pessoal para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida. Ao mesmo tempo, é essencial que espaços físicos e serviços de saúde favoreçam tais práticas.

Em relação a gastos públicos e pessoais cada vez maiores com assistência médica, dados disponíveis indicam que a velhice

em si não está associada ao aumento de despesas médicas. O que encarece são as deficiências adquiridas e a saúde precária, frequentemente associada apenas à idade (à velhice), mas de fato advinda da trajetória de vida (OMS, 2005).

6 Falta de “especialista em geriatria”

A crítica por 62% dos membros do grupo do CMI aos serviços e ações de saúde municipais foca a falta de *“especialista em geriatria”* – opinião de peso, pois o Estatuto do Idoso prevê em cada município pelo menos um serviço público especializado em geriatria. Além disso, na literatura especializada afirma-se que a vida mais longa tornou-se o principal motivo de os idosos ficarem doentes com mais frequência do que os jovens, pois expostos foram e por mais tempo a fatores externos, comportamentais e ambientais acarretadores de doenças.

A maioria dos brasileiros (ainda!) não incorporou práticas diárias de cuidar de si, quadro não diferente quando se foca o segmento idoso e sua saúde. Clínico geral, cardiologista, ou ginecologista, costumam resolver problemas de saúde de idosos. Nessa situação, destaca-se, de um lado, a falta de profissionais especializados no atendimento ao idoso; raramente este é encaminhado a um especialista em geriatria; de outro, tem-se no país um geriatra para cada cinco mil idosos, quando o recomendável seria um para cada mil (BRASIL, 2011).

7 Avaliação global

A maioria dos representantes do grupo da SMS (64%) explicitou que, em seus municípios, as pessoas idosas são avaliadas globalmente durante a vacinação, quando “é feita a avaliação bucal para prevenção de câncer”. Estudos demonstram que uma saúde oral precária associa-se à desnutrição, à dor e a uma má qualidade de vida, a um maior risco de desenvolver várias doenças. No entanto, de forma geral, a avaliação global, nos serviços de saúde, tem por finalidade verificar e acompanhar, a longo prazo, a capacidade funcional e a qualidade de vida dos usuários idosos, por um período contínuo, durante anos ou décadas, todas as condições aferidas.¹² Isto é, mensurar os fatores individuais e coletivos que determinarão se aquele usuário terá a qualidade de vida que deseja, à medida que envelhece. O equívoco conceitual é um alerta para os profissionais que trabalham no sistema público de saúde e que, de fato, demonstram interesse e competência para modificar tal realidade em níveis, nacional e local.

8 Assistência farmacêutica

O consenso neste quesito foi obtido no grupo de representantes das SMS: 79% disseram que no município “há assistência

farmacêutica, mas não específica para o idoso”. Reitera-se, neste estudo, que o acesso a medicamentos é essencial, mas insuficiente por si só, a não ser que haja adesão a tratamentos e acompanhamento de longo prazo, especialmente para aqueles idosos, definidos como maioria, com doenças crônicas incapacitantes, relacionadas ou não ao envelhecimento. É de se notar que o consenso neste caso foi atingido apenas pelos representantes das Secretarias, o que pode indicar que não há de fato oferta suficiente de medicamentos, mormente daqueles mais dispendiosos para os idosos.

9 Atendimento

Dentre as perguntas do formulário destinado ao grupo dos representantes dos idosos, em apenas uma delas (“O que os usuários idosos da Atenção à Saúde, deste município, mais buscam e/ou gostam nas UBSs?”), encontra-se uma alternativa sem votação. É recomendável que se a examine a seguir.

Do sentido negativo da resposta não escolhida pelos representantes dos idosos, por vezes, infere-se que, na opinião desse grupo, os usuários idosos “não gostam” ou “deixam de gostar” majoritariamente “do atendimento de alguns funcionários” nas UBSs. Na área de Gerontologia, o que é mais ouvido pelos profissionais de saúde é: “A velhice não é uma doença”. Contudo, existem várias formas de discriminar os mais velhos, das quais culturalmente a mais comum é a do estigma de o velho ser definido como “descartável”, “passado”, “doente” ou um “peso social”. Velhice no dicionário é “o estado ou con-

¹² Assistência de longo prazo é definida pela OMS como “[...] o sistema de atividades empreendidas por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos) e/ou profissionais (de serviços sociais e de saúde) a uma pessoa não plenamente capaz de se cuidar, para que esta tenha a melhor qualidade de vida possível, de acordo com suas preferências individuais, com o maior nível possível de independência, autonomia, participação, satisfação pessoal e dignidade humana” (OMS, 2005, p. 22).

dição de velho/O último quartel da vida/O conjunto dos velhos/Rabugice própria de velhos” (Ferreira, 1975, p.655). Rabugice é característica de mau-humor, impertinência. Mesmo substituído o termo “velho” por “idoso” nos documentos oficiais, de modo geral, na sociedade brasileira, permanece um sentido de velhice eivado de preconceitos e estereótipos negativos. Além de serem “incômodos”, velhice e envelhecimento associam-se à improdutividade, dependência, decadência e fragilidade. Na atualidade, parte dessa imagem se explica a partir do processo de globalização, marcado pela instantaneidade, favorecendo o culto da juventude, beleza, virilidade e força física (Rodrigues, 2006). Propaga-se até mesmo o surgimento do medo da velhice e da demanda da “beleza jovial” (Ferreira, 2010). Diante desses argumentos, os serviços de saúde precisam se adaptar e se tornar acessíveis e sensíveis às peculiaridades da crescente população longeva e ter clareza dos citados estereótipos que dificultam o atendimento das demandas. A proposta é trabalhar com profissionais no processo de educação permanente e fornecer-lhes ferramentas para reflexão, criando novas atitudes diante dos usuários idosos (BRASIL, 2011; 2010; 2006e).

10 Linhas de cuidados

“Que providências são tomadas para os problemas de saúde do idoso que não podem ser resolvidos com os recursos existentes neste município?” Esta é uma das questões que não teve resposta escolhida pelo grupo das Secretarias. Como explicar a não-escolha de uma alternativa importante como esta? Mantendo a análise

anterior, isto é, avaliando-se o consenso negativo, percebe-se que, para os representantes das Secretarias, o usuário idoso não precisa ter a iniciativa de buscar “atendimento, internações e exames por seus próprios meios”, pois parece (para o grupo) que o município consegue solucionar suas demandas. As linhas de cuidados definem ações e serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (níveis primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, como entidades de assistência social:

Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na rede. Ela não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita (BRASIL, 2013, p.22).

Em suma, a diretriz normatiza todo o processo de “evolução natural” das condições crônicas, incluindo, ao longo do percurso, ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas. Os gestores dos serviços, ao reorganizar o processo de atendimento, teoricamente facilitam, na própria localidade, o acesso dos usuários, via UBSs, aos serviços públicos imprescindíveis às determinadas demandas de uma doença – por meio de encaminhamentos e agendamentos, desde visitas domiciliares até os de alta complexidade hospitalar (BRASIL, 2013).

Guardadas as linhas de cuidados para que as pessoas idosas entrem na rede e sejam atendidas, na maioria das vezes is-

so não funciona, porém, como o esperado, dada a morosidade do modelo de saúde vigente. Destaca-se, ainda, a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais no SUS, que se configura como uma imagem em pirâmide, com os serviços terciários, como o hospital, no topo e, na base, a APS, identificada até hoje como porta de entrada do sistema (BRASIL, 2003). Nesse quadro, em linhas gerais, são valorizados os conhecimentos técnicos mais complexos e resolutivos do terciário, por concentrar equipamentos e procedimentos e atender às situações com maior risco de vida. Desse modo, há uma complexidade crescente em direção ao topo da pirâmide organizacional, ao mesmo tempo em que se atribui à APS, por vezes, uma situação crítica – caracterizada pela morosidade e não pela resolutividade –, que a desvaloriza junto à população, que, por sua vez, entra no sistema de saúde por todas as portas.

11 Atividades em grupo

Da resposta à questão “É oferecida educação em saúde para os usuários da Atenção à Saúde deste município, inclusive para os usuários idosos?”, em que todos os representantes do grupo da SMS não escolheram a alternativa “Todas as idades participam de diversas atividades educativas em grupo nas unidades”, duas possibilidades de entendimento podem ser depreendidas: as unidades não oferecem “diversas atividades educativas em grupo” ou estas são oferecidas, mas sem a participação dos idosos:

Um grupo é constituído a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um

meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia a dia. Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, conseqüentemente, eleva a autoestima (BRASIL, 2007, p. 23).

O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como assistir à televisão. Por isso, os profissionais precisam alertar os usuários, mais ainda os idosos, de que saúde não é apenas questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. O trabalho em grupo possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo espaço complementar da consulta individual, troca de informações, orientação e educação em saúde, beneficiando usuários e profissionais, devendo ser uma realidade no cotidiano das equipes de saúde, especialmente do ESF (BRASIL, 2007).

Estudo realizado na Itália, sobre participação em grupos (associativos), indicou que as comunidades mais prósperas (social e economicamente) são aquelas com maior capital social, ou com maior tradição ou participação cívica (Putnam, 1996). A composição de grupos em unidades de saúde seria importante não apenas para se ter uma gestão em saúde responsável, aberta ao controle social, caso dos grupos de conselheiros, mas contribuiria para a prosperidade das pessoas, famílias e localidade.

12 Assistência farmacêutica

Na questão “Há assistência farmacêutica realizada por profissionais especializados com foco nas pessoas idosas?”, depara-se com o mesmo dilema da anterior, ou seja,

os representantes da SMS não votaram na resposta “Os médicos, enfermeiros e/ou agentes comunitários de saúde procuram informar”. Pode-se supor, por um lado, que “médicos, enfermeiros e/ou agentes comunitários de saúde” não “procuram informar” o idoso sobre o uso de medicamentos; por outro, porém, é possível ponderar que nem todos esses trabalhadores da saúde foram considerados pelo grupo como “profissionais especializados” para dar assistência farmacêutica ao idoso. Em serviços de assistência à saúde, cujo modelo precário persiste no atendimento individual, médico e curativo, a queixa é sempre um sintoma que deve ser investigado com exames, e medicado – o que significa sustento para a indústria farmacêutica, mesmo que à custa da difusão da prática da polifarmacologia. Entrementes, “os medicamentos podem constituir uma ferramenta terapêutica de grande valia”, embora nem todos os comercializados sejam próprios à utilização por idosos.

A assistência farmacêutica especializada é essencial para auxiliar idosos a tomar sua medicação da forma mais adequada. É impossível, porém, que um médico consiga atender, trabalhando em condições desfavoráveis, tantas pessoas em um mesmo dia! (SOUZA; OLIVEIRA; LOBO, 2009). Soma-se a isso o fato de os profissionais dos serviços públicos de saúde não parecerem sensibilizados para escutar queixas de idosos (LOPES, 2000).

Considerações finais

Diante deste estudo, indicam-se perspectivas futuras em relação à “atenção ao ido-

so”: (1) evidencia-se que reconhecidamente, o Estado brasileiro avançou no que diz respeito à provisão de uma renda mínima para a população idosa. A oferta de serviços de saúde que preconizam cuidados formais de longa duração, porém, ainda não está equacionada. A Atenção ao Idoso, por vezes, deve superar os estigmas decorrentes de seu pertencimento à esfera filantrópica. Quando o foco está no sentido de “saber fazer” (2), o sujeito (que responde pelo público) que reflete acerca do mundo do trabalho encontra um desafiador caminho de qualificação (FREIRE, 2003). O fortalecimento da territorialidade (3) envolve sentimento de regionalização: conhecer recursos e demandas locais. Urge a articulação entre diferentes setores de serviços públicos (ações intersetoriais) em face de iminente problemática (a longevidade humana) e a decorrente necessidade de prover atenção à saúde dos idosos, dentre outras ações. Paralelamente, enfatiza-se o “empoderamento” (4) – “no sentido de resgate do poder político pela sociedade” (DOWBOR, 1999, p.34). A interação harmoniosa entre Estado e sociedade civil (5) expressa a riqueza de insumos para a constante adequação (e imprescindível renovação) das ações públicas. Os conselhos (6) demandam fortalecimento estrutural e organização, para que o poder circule de forma descentralizada e se estabeleçam o empoderamento e o exercício da cidadania plena de seus membros, dentro de uma perspectiva democrática. A Constituição Cidadã (BRASIL, 1988) indica o caminho, por meio de valores humanistas e concepções políticas, ainda à espera de se concretizarem.

Referências

- ACKEL FILHO, D. **Município e a prática municipal**. São Paulo: RT, 1992.
- ALBA, V. **Historia social de la vejes**. Buenos Aires: Laertes, 1992.
- ALBUQUERQUE, F.M.D. **Perfil, dificuldades, demandas, estratégias de um grupo de idosos no uso de medicamentos em uma UBS no município de Maracanã-CE**. Dissertação (mestrado) – PEPG Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), 2012.
- ALVES, C. M. L. Rompendo com o silêncio: uma breve análise sobre violência familiar contra idosos em São Luís, Maranhão. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 81-84, dez. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, v. 1, n. 28).
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção**. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2007. (Caderno de Atenção Básica, n. 19).
- BRASIL. Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/POR-TARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>> Acesso em: set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, 2006a.
- BRASIL. Portaria n.º 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, n. 39, 22 fev. 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em: set. 2011.
- BRASIL. Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/POR-TARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: set. 2011.

BRASIL. Portaria n.º 687/GM, de 30 de março de 2006. **Aprova a Política de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006d. Disponível em:
<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/formas-de-gestao-do-sus/portarias/portaria_n_687_gm_de_30_de_marco_de_2006.pdf> Acesso em: set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Brasília, 2006e.

BRASIL. Decreto n.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta a Lei n.º 10.048, de 8/11/2000 e Lei n.º 10.098, de 19/12/2000. **Brasília**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza-SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004a.

BRASIL. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília, 1999. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/susde-az/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf> Acesso em: jan. 2014.

BRASIL. Decreto n.º 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília, 1996. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm> Acesso em: jan. 2014.

BRASIL. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>.

BRASIL. Lei n.º 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, 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: jan. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada a 5/10/1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 10. ed. São Paulo: Ática, 1998.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DOS IDOSOS (Brasil). **KIT de Criação do Conselho Municipal do Idoso**. 2005. Disponível em:
<<http://www.mpggo.mp.br>>. Acesso em: abr. 2013.

CONCONE, M. H. V. B. Cura e visão de mundo. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 45-59, dez. 2003.

CURY, C. R. J. A gestão democrática na escola e o direito à educação. **RBPAE**, v. 23, n. 3, p. 83-495, set./dez. 2007.

DOWBOR, L. A gestão social em busca de paradigmas. In: RICO, E. M.; RAICH-ELIS, R. (Orgs.). **Gestão social: uma questão em debate**. São Paulo: IEE/Educ, 1999.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FERREIRA, N. L. **Medo da velhice: a relação entre o envelhecer e a demanda pela beleza jovial**. Dissertação (mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), São Paulo, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FIOCRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz: IPEA; Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GEERTZ, C. **O Saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. LTC: Rio de Janeiro, 1973.

GIOVINAZZO, R. A.; FISCHMANN, A. A. **Delphi Eletrônico: uma experiência de utilização da metodologia de pesquisa e**

seu potencial de abrangência regional. In: CONGRESSO LATIANOAMERICANO DE ESTRATÉGIA, 14., 2001. **Anais...** Buenos Aires, 2001. Disponível em: <www.fia.com.br> Acesso em: ago. 2011.

GOULART, F.A. de A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde: Organização Mundial da Saúde, 2011.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro, 2010. (Estudos & Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresmini-sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf>.

KUDZIELICZ, E. et al. **Uma análise dos desafios da construção do pacto de gestão em saúde na Região Metropolitana de São Paulo**. São Paulo: FUNDAP, 2009. Disponível em: <www.observasaude.fundap.sp.gov.br> Acesso em: dez. 2013.

LOPES, R.G.C. **Saúde na Velhice: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2000.

MINAYO, M.C. de S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2010.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a sociedade civil:** temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

NOGUEIRA, M.A.; DI GIOVANNI, G. **Dicionário de Políticas Públicas.** São Paulo: Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP): Governo do Estado de São Paulo: Imprensa Oficial, 2013.

OMS. **Guia global:** cidade amiga do idoso. 2008. Disponível em: <www.who.int/entity/ageing/GuiaAFC-Portuguese.pdf> Acesso em: jan. 2010.

OMS. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Trad.: Susana Gontijo. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

ONU. **Situação da População Mundial 2011:** Relatório do Fundo de População das Nações (UNFPA). 2011. Disponível em: <<http://www.bbc.co.uk>> Acesso em: nov. 2011.

ONU. **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento:** Resolución 57/167. Madrid, 2002.

PUTNAM, R.D. **Comunidade e democracia:** a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

RODRIGUES, L. de S. A. **Política Nacional do Idoso:** o caso de Vitória (1994-2004). Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), 2006. Disponível em: <www.historia.ufes.br>. Acesso em: dez. 2013.

SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-40, jan./fev. 2010.

SOUZA, A. L. M. de; OLIVEIRA, B.; LOBO, T. O. C. Os bastidores da saúde pública e longevidade nos jornais paulistas. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 12, n. 6, esp., p. 114-142, 2009.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ/MS/ABRASCO, 2003.

VIANNA, M. L. T. W; CARVALHO, M. A. R. República e civilização brasileira. In: BIGNOTO, N. (Org.). **Pensar a República.** Belo Horizonte: UFMG, 2000. BIGNOTO, N. (Org.). **Pensar a República.** Belo Horizonte: UFMG, 2000.