



POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E A FRAGILIDADE DO IDOSO

Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Psicologia, do Centro Universitário Univates, como parte da exigência para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Lisandra Espíndula Moreira

Lajeado, novembro de 2012

Carine Aparecida Bernhard

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: A INTEGRALIDADE DA
ATENÇÃO E A FRAGILIDADE DO IDOSO**

A Banca examinadora abaixo aprova a Monografia apresentada ao Curso de Psicologia, do Centro Universitário Univates, como parte da exigência para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia:

Profa. Ms. Lisandra Espíndula Moreira – orientadora
Centro Universitário Univates

Profa. Ms. Gisele Dhein
Centro Universitário Univates

Profa. Dra. Suzana Feldens Schwertner
Centro Universitário Univates

Lajeado, 26 de novembro de 2012



“A possibilidade de transformação está, portanto, no estranhamento e na desnaturalização das verdades que nos constituem. Fazer explodir a verdade, ao tomá-la como uma prática de desnaturalização da vida, da nossa vida e das outras vidas, é fazer da experiência de si uma obra de arte”

(NARDI; SILVA, 2009, p. 156).

AGRADECIMENTOS

Especial à minha família. À minha mãe, Ana Cristina, pela vida e por me ensinar que a distância pode produzir bons afetos. Ao meu pai, Airton, por ensinar-me que devo sempre acreditar em meus ideais e principalmente, por ter me dado a oportunidade de vivenciar integralmente a Psicologia.

À minha irmã, Priscila, obrigada por todos os momentos que me acompanhou, durante minha escrita, seminários, projetos, por ler (e reler) meus trabalhos e sempre demonstrar-se orgulhosa do caminho que trilho. Ao meu irmão, João Paulo, que soube confortar-me com seus abraços e sorrisos, solicitando minha atenção durante as tardes e noites de estudo.

Ao meu namorado, Diego, por abdicar dos finais de semana e feriados com os amigos para que eu pudesse estudar. Mostrando-me assim, que “quando estou com meu Bem, eu me sinto bem” e que quando estamos juntos a vida fica mais leve e bela.

Aos colegas de Psicologia, particularmente o grupo “Corpos que Vibram”, por demonstrarem que o percurso universitário pode ser cheio de afetos, bons encontros e potência. Que estes momentos reverberem!

Às professoras Olinda Saldanha e Patrícia Flores de Medeiros por despertarem em mim a constante problematização do que “está dado” e o gosto pelas políticas públicas de saúde.

Às professoras Suzana F. Schwertner e Gisele Dhein, pelos momentos acolhedores, de trocas de ideias e principalmente, pela disposição em ler este trabalho e ser minha banca.

À minha orientadora, Lisandra Espíndula Moreira, por toda dedicação durante nossa trajetória de monografia. Pela delicadeza em conduzir nossos encontros, por atentar-se à escrita e às problematizações que nossa análise exigia. Pela afetuosa acolhida, pelos constantes ensinamentos e trocas de saberes. Por compreender e conter minhas aflições. Obrigada pela parceria!

A todos que de alguma maneira contribuíram e contribuem em minha formação, muito obrigada por acreditarem no meu potencial.

RESUMO

Conhecer o idoso que se constitui na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 – a partir da problematização do texto desse documento e seus atravessamentos é o objetivo desta monografia. Utiliza-se para esta problematização a biopolítica como ferramenta teórica Foucaultiana, além das políticas e leis que auxiliam na formulação da Política e autoras que debatem o tema velhice e idoso na atualidade, como Neri e Debert. A biopolítica é utilizada enquanto exercício de regulação da vida, tanto dos indivíduos quanto das populações, busca aperfeiçoar as formas de ser e de viver, atenta-se para o governo da população idosa. Assim, percebe-se que os modos de promover saúde movimentam-se e que as formas de habitar a velhice são singulares. Objetiva-se neste trabalho problematizar a questão da velhice, da biopolítica e da construção da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a fim de conhecermos que idoso(s) se compõe pela Política. Para tanto, realiza-se uma contextualização sobre a velhice e o idoso e também sobre as leis e políticas que se atravessam na formação da atual Política. A seguir são problematizadas as questões escolhidas como foco da análise: a integralidade e a fragilidade do idoso. A integralidade aponta para a saúde não apenas no sentido de uma ação de controle e combate de doenças, mas para diferentes aspectos da vida do sujeito. Já a noção de fragilidade, permite um movimento de mapeamento e diferenciação interna da velhice, busca oferecer uma atenção especial aos mais vulneráveis e fragilizados. Compreende-se que a Política vai ao encontro biopolítico do sujeito, pois coloca os cuidados em saúde enquanto um problema populacional, constituindo um cuidado integral em saúde, ao mesmo tempo em que direciona seus cuidados ao idoso fragilizado.

Palavras-chave: Idoso. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Integralidade. Fragilidade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 FRAGMENTOS PARA CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	12
2.1 Sobre a velhice e o idoso	16
2.2 A biopolítica enquanto ferramenta de análise	20
2.3 Atravessamentos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	24
3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	29
3.1 Integralidade no cuidado em saúde – uma bandeira de luta	34
3.2 Fragilidade – uma questão de variáveis	38
4 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO FRÁGIL	42
REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

“Eu vi muitos cabelos brancos Na fonte do artista O tempo não pára e no entanto Ele nunca envelhece... Aquele que conhece o jogo Do fogo das coisas que são É o sol, é o tempo, é a estrada É o pé e é o chão...” (VELOSO, 1978, s.p.).

O presente trabalho condiz com o interesse em conhecer, de forma mais abrangente, o idoso que é constituído pela/na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) no Brasil. A relevância deste tema, para a pesquisadora, se construiu a partir da vivência do estágio básico curricular, em uma empresa do ramo alimentício do Vale do Taquari – RS, no ano de 2011, durante a construção do projeto do programa de preparação para aposentadoria e também pelo crescimento da população idosa na atualidade. A realização de grupos focais, durante o estágio, possibilitou a percepção de que a concepção de velhice e as formas de ser idoso não são estanques, são diversas e se formam a partir do contexto de cada sujeito.

A construção deste trabalho será realizada de acordo com a posição da pesquisadora, suas construções e vivências durante a formação acadêmica. A participação em projetos de extensão no Centro Universitário Univates, Projeto Rondon e no projeto “Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde” (VER-SUS) instigaram a questionar o que muitas vezes parecia estar dado. Seria simples pensar que há uma Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e que a partir desta os idosos são atendidos em sua totalidade, porém isto suscita questionamentos: que idoso é este? A que e a quem ele serve? Como ele é constituído? Quais são as estratégias desta Política¹? De quem são as responsabilidades para com o idoso?

¹ Quando Política estiver com letra maiúscula refere-se à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Velho, idoso, velhice, terceira idade e tantos outros termos que se utiliza, são alguns nomes possíveis para marcar sujeitos com mais de sessenta anos, corpos e/ou esse momento de vida que se pretende problematizar. Alguns desses nomes se contrapõem, marcam posições políticas e representam diferentes modos de analisar a questão, porém ao longo do trabalho empregam-se estes termos não para demarcar diferenças, mas sim para referir-se ao sujeito com mais de sessenta anos.

A delimitação de uma idade cronológica é instituída, primeiramente, pela Lei nº 8.842 (BRASIL, 1994, texto digital) em seu Capítulo I, Artigo 2º “Considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade”, reafirmada pelo Estatuto do Idoso, Título I, Artigo 1º “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (BRASIL, 2003, texto digital).

Este trabalho visa problematizar, a partir da análise da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e seus atravessamentos², como são constituídos os idosos, a velhice e a saúde na Política. Busca-se conhecer o idoso formado pela/na Política, verifica-se as multiformas que assumem e possíveis propostas para enfrentar as dificuldades deste grupo etário. Pensa-se a problematização enquanto a:

[...] elaboração de um domínio de fatos, práticas e pensamentos que me parecem colocar problemas para a política [...] Jamais procurei analisar seja lá o que for do ponto de vista da política; mas sempre interrogar a política sobre o que ela tinha a dizer a respeito dos problemas com os quais ela se confrontava. Eu a interrogo sobre as posições que ela assume e as razões que ela dá para isso (FOUCAULT, 2010, p. 228-9).

A contextualização das linhas e saberes que compõem a PNSPI auxiliam na constituição de um sujeito de possibilidades, o qual está em constante processo de construção. Não se trabalha com uma verdade em relação a este grupo etário e sim o modo como são produzidas verdades a respeito dessa população e como são exercidas biopolíticas através da PNSPI.

Essa objetivação e essa subjetivação não são independentes uma da outra; do seu desenvolvimento mútuo e de sua ligação recíproca se originam o que poderia chamar de “jogos de verdade”: ou seja, não a descoberta das coisas verdadeiras, mas as regras segundo as quais, a respeito de certas

² Os atravessamentos são as demais políticas e leis que compõem a PNSPI e serão trabalhados no primeiro capítulo.

coisas, aquilo que um sujeito pode dizer decorre da questão do verdadeiro e do falso (FOUCAULT, 2010, p. 235).

Compreende-se que há um jogo de relações que produz uma ou outra verdade. As legitimações de verdades acontecem de acordo com o contexto histórico e político de determinado momento, pode-se dizer que são verdades transitórias e contextuais. Durante a análise percebe-se que há categorias de idosos, não há uma forma única de ser sujeito com idade igual ou superior a sessenta anos, são formas, que se alteram de acordo com o contexto no qual o sujeito está inserido. Sendo assim, a intenção é compreender que forma(s) de ser idoso é (são) produzida(s) na PNSPI.

Ao longo das leituras sobre a temática percebe-se que a articulação entre a velhice e as políticas públicas de saúde no Brasil é um tema extremamente rico e contemporâneo. As primeiras políticas criadas para esta população são datadas após a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e, se fizermos uma comparação com as idades do ser humano, as políticas para o idoso estão com dezoito anos, ou seja, atualmente estão ficando independentes, tomando corpo e sendo reconhecidas/compreendidas pela sociedade brasileira.

Como principal documento de análise, tem-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. A problematização da PNSPI, de forma conjunta com alguns de seus atravessadores, enriquece e potencializa este trabalho e auxilia para que se conheça o(s) idoso(s) e a(s) velhice(s) com as quais a saúde, proposta pela PNSPI, trabalha. Assim, busca-se conhecer os principais conceitos constituintes da Política para então formar o idoso que se compõe nesta legislação. Esse estudo inspira-se nas reflexões de Foucault, tomando-as como caixa de ferramentas³ e não como uma técnica de análise estável a ser aplicada. Nesse sentido, o rigor metodológico está na problematização coerente a partir do conceito de biopolítica e no exercício reflexivo que este produz.

Assim, a articulação entre os campos velhice e políticas públicas de saúde do idoso busca descrever e problematizar a construção dessas temáticas e as marcas

³ “Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, que funcione. E não para si mesma” (FOUCAULT, 2006, p. 71).

que carregam. A combinação destes temas é extremamente importante, visto que no Brasil o grupo de pessoas com mais de 60 (sessenta) anos em relação ao total da população brasileira teve um acréscimo de aproximadamente 112% (cento e doze por cento) no período de 1970 a 2010 (INSTITUTO..., 2010, texto digital).

Partindo-se destas considerações, o trabalho está organizado em três momentos. Por uma questão de estilo da escrita, opta-se por contextualizar no primeiro capítulo três questões principais para o desenvolvimento deste trabalho: velhice e idoso, a escolha metodológica e os atravessamentos constituintes da PNSPI. Apesar de não seguir o modelo clássico de apresentação da pesquisa, entende-se que o capítulo inicial dê conta da revisão teórica sobre a velhice e da fundamentação teórica e metodológica da pesquisa. No segundo capítulo realiza-se a problematização dos termos escolhidos para análise da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a partir de sua leitura: integralidade e fragilidade. Por último, conclui-se a análise da PNSPI retomando a questão principal da pesquisa – a construção do sujeito idoso – entende que esse sujeito carrega as marcas da Política, a qual prima pelo cuidado integral em saúde, principalmente ao idoso fragilizado.

2 FRAGMENTOS PARA CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

“[...] Será o problema muito importante, já no início do século XIX (na hora da industrialização), da velhice, do indivíduo que cai, em consequência, para fora do campo de capacidade, de atividade. [...] essa biopolítica vai introduzir não somente instituições de assistência (que existem faz muito tempo), mas mecanismos muito mais sutis, economicamente muito mais racionais do que a grande assistência, a um só tempo maciça e lacunar, que era essencialmente vinculada à Igreja. Vamos ter mecanismos mais sutis, mais racionais, de seguros, de poupança individual e coletiva, de seguridade, etc” (FOUCAULT, 1999, p. 291).

As escolhas pelo tema idoso e pelo documento problematizado neste trabalho se dão a partir de um breve estudo no campo das políticas públicas e leis direcionadas ao idoso, ao envelhecimento da população e ao aumento da própria população idosa. Estudar a velhice extrapola a aceitação ou contestação da definição das Leis nº 8.842 e 10.741, de que idoso é todo sujeito com idade igual ou maior de sessenta anos, possibilita refletir sobre a transformação histórica do conceito e como esse legado produz determinado grupo social e suas políticas.

A PNSPI se faz relevante e emergente ao visualizarmos os dados encontrados durante pesquisa bibliográfica: aumento populacional, mudança nas dinâmicas familiares, uso de contraceptivos, a busca da qualificação da saúde com vistas ao envelhecimento e o compromisso brasileiro com a Assembleia Mundial para o Envelhecimento. As informações mapeiam aspectos importantes em relação à situação da população com mais de sessenta anos, acendendo desta forma um sinal de alerta para um dos locais onde o Estado⁴ deve atentar-se em relação à criação/atualização de políticas públicas e investimentos.

⁴ “[...] as políticas públicas são o Estado em ação. É o Estado implantando projetos (de governo) através de programas e ações voltados a parcelas específicas da sociedade” (DHEIN, 2010, p. 17).

Sabe-se que a população idosa no Brasil em quarenta anos aumentou 112% (cento e doze por cento). Em nossa microrregião Lajeado-Estrela, local onde está situado o Centro Universitário Univates, apresenta-se um crescimento acima da média do país: da década de setenta até 2010 temos 14,8% de aumento da população idosa. No ano de 2009, a expectativa de vida ao nascer no Brasil era de 73,1 anos (69,4 homens e 77,0 mulheres) e no Rio Grande do Sul a expectativa ao nascer era de 75,5 anos (71,9 homens e 79,3 mulheres) (IBGE, 2009, texto digital).

Considerando que a PNSPI entrou em vigor no ano de 2006 e que o envelhecimento populacional era uma previsão antiga, pode-se dizer que o Brasil está em déficit na atenção ao idoso. Isso nos permitiria dizer que há uma lacuna do Estado para com o cuidado a este sujeito? A partir dos dados do IBGE, percebe-se que o processo de envelhecimento e aumento da população idosa no Brasil não ocorre de forma lenta. Nesse sentido, as medidas em todos os planos de governo precisam ser pensadas e articuladas o mais breve possível.

As informações sobre a atual situação das pessoas com mais de sessenta anos demonstram que “[...] esse segmento acabou por se transformar em uma nova problemática social e política para o país” (CORREA; FRANÇA; HASHIMOTO, 2010, p. 223), a qual merece atenção econômica, social, cultural e política. Reforçam-se no formato de leis e políticas os direitos aos idosos, conforme assegurado pelo Estatuto do Idoso, no seu Título I (Disposições Preliminares), Artigo 2º para que o idoso tenha “[...] todas as oportunidades e facilidades, para preservação da saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2003, texto digital). Conforme o Artigo 3º, a obrigatoriedade para legitimar o Artigo 2º se faz no dever:

[...] da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, texto digital).

Desta forma, o compromisso para com os sujeitos mais velhos é configurado como um dever que se estende a todas as esferas sociais, cabendo principalmente ao Estado a promoção e divulgação de garantias para esta população. Há ainda outra realidade a ser problematizada a partir das informações sobre o crescimento

da população idosa: “A presença massiva dos idosos na sociedade faz com que tenhamos que conviver iminentemente com a morte, na medida em que o outro é também um constitutivo de mim” (BIGOSSO, 2012, p. 2212). Sendo assim, a velhice não é compreendida socialmente como uma etapa da vida, pois faz perceber no outro debilidades e fragilidades que a idade promove sem uma preparação/educação em relação às alterações que ocorrem nos diferentes períodos da vida:

[...] uma imagem-objeto não diz de uma vez por todas como a realidade deve ser. Ela traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual (que almejamos transformar) (MATTOS, 2006, p. 46).

Os dados sobre crescimento da população vão construir certa imagem da população idosa que também tem como produto a construção da própria população que descrevemos. Essa manobra que mapeia e produz um corpo de intervenção/controlado denominado (população idosa) é crucial para compreender a biopolítica a esse corpo direcionada. Para Foucault (2010, p. 142) a situação da velhice melhorou muito nos últimos decênios, pois “[...] Antes da guerra, as famílias empurravam seus velhos para um canto da casa e reclamavam do peso que eles constituíam [...] Atualmente, os velhos recebem pensões com as quais podem viver”.

Então, percebe-se que as políticas estão atentas às mudanças que ocorrem desde a criação da previdência social e políticas específicas para esta população. A Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999 (já revogada), coloca que a partir da década de sessenta a população idosa no Brasil tem aumentado de forma significativa, visto que há o fato de as famílias terem migrado das zonas rurais para as cidades promovendo maior acesso aos programas de planejamento familiar e ao uso de métodos anticoncepcionais. Aumenta-se a longevidade e reduz-se de forma significativa a fecundidade, ao que se sente a necessidade da atenção especial ao processo de envelhecimento e ao idoso (BRASIL, 1999, texto digital).

Antes de entrarmos especificamente no campo da saúde, é importante conhecer o que está produzindo-se no Brasil, de forma mais ampla, sobre o assunto estudado. A análise precisou abrir-se para a realização de uma pesquisa bibliográfica e para as muitas palavras que nomeiam a velhice e o idoso e também,

aos campos de estudo que os tomam como objeto. Nesse sentido, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)⁵, como índice optou-se pelos “títulos” e fonte a “Lilacs”. Utilizou-se como descritoras (palavras) para fazer a busca e o respectivo número de resultados: idoso (1.100), idoso e política (5), velhice (169), velhice e política (2), velho (71), terceira idade (238), política pública e idoso (0), política pública de saúde (48), Gerontologia (120) e Geriatria (151).

Os resultados apontaram para uma diversidade de estudos sobre os temas: violência e acidentes domésticos, práticas médicas, formação para atuar na área, cuidados ao idoso na atenção básica, cuidadores, doenças nesta etapa da vida e institucionalização. Os estudos de gênero e das significações apareceram quando utilizada a palavra “velhice”. Colocando o termo “velho”, poucos foram os trabalhos relacionados ao sujeito velho, mas sim a transformação de técnicas e olhares em diferentes instâncias da saúde. Na pesquisa referente às “políticas públicas de saúde” foram encontrados temas referentes à redução de danos, amamentação, formação, reforma do Sistema Único de Saúde e ética. Já quando cruzamos “política pública e idoso” não foram encontrados estudos, indiciando a importância desta monografia, a qual objetiva pesquisar o tema da velhice em uma política pública.

Em relação à Geriatria e Gerontologia, a primeira produz estudos sobre doenças, sujeito asilado e formação na área, enquanto a segunda trabalha com a perspectiva interdisciplinar, formação na área e bioética. Consideram-se coerentes os resultados encontrados nestas duas áreas, pois de acordo com Motta (2004, p. 82-83), a Gerontologia é uma “[...] disciplina multi e interdisciplinar cujo objetivo é o estudo das pessoas idosas, as características da velhice, o processo do envelhecimento e de seus determinantes biopsicossociais, capaz de fornecer uma atenção holística, integral [...]”, enquanto que na “Geriatria compreendem-se os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde”. Importante destacar, que na área da saúde, o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), em nível de Brasil, está realizando uma pesquisa⁶ sobre a atuação do profissional psicólogo em políticas de idosos, com o intuito de construir referências técnicas para a atuação na área da velhice.

⁵ Pesquisas podem ser realizadas no site <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>>.

⁶ Informações da pesquisa: <<http://www2.pol.org.br/pesquisacrepop/2011/pesquisa21/login.cfm>>.

Com as pesquisas compreende-se a amplitude e relevância da temática elegida, a qual também demanda escolhas teóricas. Nesse sentido, o trabalho privilegia os estudos que situam a velhice como um conceito construído e transformado historicamente, buscando compreender os sentidos e significados associados a ela na contemporaneidade bem como a forma como é trabalhada pelas políticas públicas que se referem ao idoso. De acordo com Martins e Massarolo (2008, p. 29) “Um profissional que não seja conhecedor das particularidades envolvidas no tratamento de um idoso, não conseguirá identificar as especificidades de tratamento requeridas por essa população”.

2.1 Sobre a velhice e o idoso

Problematizar a velhice vai além de aceitar ou contestar as informações apresentadas, possibilita pensar como esse conceito foi se transformando historicamente e como essa herança produz determinadas velhices hoje. Para Barros (2004, p. 134) “Na maior parte das sociedades, de modos diferentes, a velhice pendulou mesmo entre o conceito de repositório da experiência de vida, o da velhice útil, e o do fardo que se deve carregar com sacrifício”, assim propõe-se contextualizar os sentidos associados aos sujeitos com mais de sessenta anos.

Para Debert (1999), atualmente trabalha-se com duas visões da velhice: a primeira refere que a idade cronológica não é um marcador significativo. A velhice não seria definida pela idade cronológica, “[...] mas como um processo gradual em que a dimensão histórica e social e a biografia individual devem ser consideradas com relevância [...]” (DEBERT, 1999, p. 50). Já a segunda, engloba como velhos as pessoas com mais de sessenta anos, por este motivo propõe-se novos recortes:

[...] jovens idosos (65-75 anos); idosos-idosos (acima de 75 anos), como quer Uhlenberg (1987); ou, ainda, idosos mais idosos (com mais de 85 anos) como sugere Johnson (1987), dariam ao envelhecimento recortes diferenciadores mais significativos (DEBERT, 1999, p. 62).

Desta forma, compreende-se a construção das diferentes denominações utilizadas para se reportar ao sujeito com mais de sessenta anos, bem como para

referir-se ao período da vida que se encontra. Segundo Rosa (2004), a velhice é um objeto individualizado, produto de uma construção social (moderna) realizada num determinado contexto social e histórico. A autora propõe uma diferenciação entre velhice e terceira idade. A terceira idade seria uma nova etapa da vida que deve ser apreciada de forma ativa, independente, com realizações e satisfações pessoais, já aos mais velhos, cabe a imagem tradicional de decadência física e cognitiva.

Atualmente, Debert (1999) aponta diferentes direções nos estudos em relação à velhice. Um campo de estudos define diferentes estágios após os sessenta anos e aponta que quando muito idosos (acima de 85 anos) os sujeitos podem ser vistos de forma pauperizada, passiva e dependente. Por outro lado, a autora afirma que o estágio da velhice está ganhando espaço no cotidiano, evidencia que as informações já não são destinadas para apenas um grupo identitário e mostra o caminho para diferentes estilos de comportamento. O aparecimento da terceira idade pode ser pensado como uma possibilidade de romper com as imagens negativas em relação à velhice.

Diferentemente da “velhice”, a “terceira idade” se caracterizaria por ser uma fase da vida em que as pessoas aproveitariam intensamente o seu tempo, na busca de realizações pessoais. O lazer, os cuidados com o corpo e a saúde, a ampliação do círculo social e até mesmo o exercício da sexualidade parecem estar presentes nessas novas representações sociais do envelhecimento. Os termos são importantes: a “velhice” é substituída pela “terceira idade”, e os “velhos” tornam-se “idosos” (GROISMAN, 1999, p. 83-4).

De acordo com Rosa (2004, p. 29), as demarcações de estágios da vida atreladas a determinadas idades possuem o “[...] papel de padronizar e ordenar o curso de vida”, porém, na pós-modernidade, estas caracterizações estariam perdendo espaço e promovendo uma maior diversidade. Segundo a autora, as manifestações físicas e cognitivas que antes demarcavam a velhice passam a ser distintas do processo de envelhecimento e com a não demarcação das idades, a velhice torna-se um mecanismo criativo e representa o fim das divisões pontuadas até então.

Apesar dessas ressalvas, questiona-se a importância atribuída às classificações e diferenciações da velhice. A velhice continua marcada negativamente e para que outros sentidos surjam, novas denominações colocam-se

em contraponto ao termo anterior. Interessa para esse estudo, a produção de sujeitos idosos a partir dessas novas designações que aparecem recheadas de prescrições, definindo modos de ser idoso. Uma produção de sujeitos acima de sessenta anos como idosos e não mais como velhos.

Na atual sociedade, conforme Laranja (2004) privilegia-se aspectos relacionados à juventude, como a conservação do tônus físico e a preservação da jovialidade. A velhice torna-se decadente e sem virtude no Brasil, ao contrário das sociedades ocidentais tradicionais que tem a pessoa madura como referência para julgamentos e decisões, sendo o estranhamento da morte uma das principais características de nossa sociedade.

[...] O estereótipo do idoso decrepito, doente e senil, cedeu lugar a outro estereótipo, impensável há algumas décadas, representado pelo idoso ativo, aquele que, ou continua a trabalhar e a ser produtivo mesmo após a aposentadoria, ou viaja e se diverte normalmente, desfrutando da vida. O objetivo passa a ser o chamado “envelhecimento saudável”, o qual pode ser construído com a adoção de um estilo de vida saudável (ROSA, 2004, p. 30).

Para compreender melhor a construção desses sentidos em relação à velhice, é necessário pensar nas transformações históricas que as tornaram possíveis. Entender a velhice na atualidade é tomá-la como efeito de herança das marcas históricas. Neste sentido, faz-se necessário considerar a (des)construção da velhice e suas múltiplas características na atualidade. As transformações que aconteceram e ainda ocorrem na transição da modernidade para a contemporaneidade exercem grande influência nesta trajetória.

Conforme o Dicionário do Brasil Colonial (VAINFAS, 2001), durante o Brasil Colônia as mulheres envelheciam muito antes que os homens, aos trinta anos já estavam em aparente decadência, provavelmente pelo casamento precoce, sucessão de filhos e a vida sedentária. Os padrões morais e religiosos faziam com que a sociedade – tradicional e antiga – e família cercassem de cuidados os velhos. A preocupação com os idosos não era balizada pela faixa etária a qual pertenciam, mas sim pelo desgaste com as tarefas do cotidiano e decadência aparente devido à forma como as tarefas e afazeres eram conduzidos.

A partir do século XX, Groisman (1999) refere que se podem considerar três acontecimentos importantes na construção dos velhos enquanto grupo social: o surgimento das especialidades da Geriatria e Gerontologia no início do século XX, a incorporação de pensões e aposentadorias por idade e, por último, a existência de asilos de velhos. Segundo o autor “[...] o período conhecido como a “virada do século”, isto é, as últimas décadas do século XIX e as primeiras do século XX, foi um momento privilegiado para as investigações sobre o tema” (GROISMAN, 1999, p. 69). Nota-se que a construção social e as questões políticas desta faixa etária começaram a se desenhar muito antes do momento em que os idosos se fizeram mais visíveis.

Para Guillemard (apud Debert, 1999) no século XX aconteceram muitas transformações na experiência do envelhecer e na velhice. A sensibilidade em relação ao idoso passou por três conjuntos de transformações: 1945 a 1960 a velhice é associada à situação de pobreza, dependência e alvo da assistência social; neste período discute-se as lacunas do sistema de previdência social, incluindo à aposentadoria outras formas de assistência. De 1959 a 1967, a velhice fica associada à ideia de solidão e marginalidade, questionam-se suas condições de vida; práticas de lazer, férias e serviços especiais de saúde para os aposentados fazem do modo de vida um campo de intervenção, propiciado pelo aumento das camadas médias assalariadas e consequentemente surge a ideia de terceira idade. A última, e atual transformação, se refere à aposentadoria, na qual o trabalho passa a ser ilegítimo após os sessenta anos.

No Brasil, as construções acerca do tema da velhice começam no início do século XIX. Groisman⁷ (1999, p.83), durante seus estudos sobre o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada (fundado em 1890 no Rio de Janeiro), refere que o local:

[...] era visto como uma espécie de “limbo”, onde a velhice se encontraria fora do tempo e do espaço: sacralizada, encontrava-se entre o céu e a terra; vista como degeneração, entre a vida e a morte; alienada do mundo, entre o passado e o presente.

⁷ Groisman (1999) realiza suas construções a partir da história do Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada (RJ). Justo e Rozendo (2010) trabalham com as ideias deste primeiro e também com as de Néri (1999), que se referem ao início do século XIX.

As diferentes significações atribuídas ao sujeito idoso se devem ao fato de que, mesmo que esteja em processo de transformações, nem todas as comunidades e contextos sociais acompanham este processo de uma maneira semelhante.

Para Justo e Rozendo (2010) a instauração de espaços de convivência no final dos anos sessenta visavam o bem estar social, a refuncionalização e a ocupação do tempo livre dos idosos. Estes espaços colaboraram para construção de uma nova categoria social a “terceira idade”, que ao contrário da velhice, representa uma fase ativa da vida. Alguns marcos são importantes na diferenciação da velhice no cenário social e na produção de sentido acerca do envelhecimento, o asilo, a aposentadoria, a gerontologia e a geriatria, desqualificam o processo de envelhecimento e difundem o período como de perdas e inatividades.

O exercício de elencar pontos chaves na constituição da velhice enquanto grupo social faz-se necessário para compreender o processo histórico pelo qual os idosos e seu grupo social passam. Percebe-se que a velhice e suas diferentes nomeações não podem ser pensadas a partir de uma única verdade, mas sim como um conjunto de acontecimentos nacionais e internacionais, que ora nos aproximamos de uma determinação sobre o tema e ora nos afastamos. Assim, a construção da velhice ocorre de forma singular, com a participação de diferentes autores e atores, pois “[...] Manter os idosos na experiência cultural e na convivência humana é dar-lhes novamente um sentido, para muitos perdido com o tempo, com a aposentadoria ou mesmo com a inatividade [...]” (LARANJA, 2004, p. 40).

2.2 A biopolítica enquanto ferramenta de análise

Com o auxílio das ferramentas foucaultianas, em especial a biopolítica, busca-se compreender as formas disciplinares e reguladoras do sujeito idoso, permitindo uma aproximação com a complexidade de ser idoso atualmente. As ferramentas:

[...] nos permitem analisar como determinadas práticas foram historicamente produzindo rupturas, demarcações de campos discursivos e saberes sobre sujeitos, a partir de exercícios do poder. Portanto, não se trata de operar

com o conceito, mas de olhar como as noções são construídas, não as tomando como uma realidade independente (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 33).

A escolha conceitual auxilia compreender e pensar que o Estado, com a institucionalização de políticas, disciplina e legitima as formas de ser e estar das pessoas. Foucault (2009, p. 150, grifo do autor), ao contrapor o poder disciplinar ao antigo poder soberano, entende que “[...] o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte”. Assim, propõe-se problematizar a construção que a PNSPI e seus atravessamentos produzem: direcionam a velhice na busca de maneiras joviais para habitar o período (por exemplo, com a criação da terceira idade) e/ou constroem um velho dependente e incapaz de assumir a gestão de seu cotidiano? Analisando historicamente, a quais interesses a PNSPI vêm responder e como seus atravessamentos compõem a velhice para essa política?

A problematização pensa a forma como o Estado, por meio da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, age sobre os corpos, disciplinando-os e exercendo um poder sobre a maneira pela qual a vida, ou melhor, a etapa na qual nos encontramos, deve ser conduzida. Há constantemente um jogo entre Estado e sujeito. As reflexões, a partir da biopolítica, possibilitam lançar novas perguntas para esse campo. Será que poderia se pensar numa regulação das ações de acordo com as garantias e direitos oferecidos nas políticas públicas de saúde do idoso? Que idoso e que velhice se constroem a partir da normatização de leis e políticas para o sujeito com mais de sessenta anos? Há formas de “burlar” as regras e potencializar a velhice, ou ainda, será que potencializar a velhice se transforma em regra nessa política? As demandas na área da saúde realizada pelos idosos se dão a partir das ofertas que as políticas viabilizam ou pelas exigências do sujeito com mais de sessenta anos?

Os questionamentos auxiliam na construção e compreensão da PNSPI, permitem discorrer sobre as formas como o corpo idoso é regulado, afinal a Política normatiza um modo de ser e as maneiras como locomover-se socialmente. Dhein (2010, p. 21) vai ao encontro de Foucault (2009) ao referir que “[...] É um governo caracterizado por práticas de controle do corpo – legitimadas pela medicina – e por

práticas sanitárias – legitimadas pelo discurso científico”. Desta forma a PNSPI exerce um poder sobre a vida do sujeito e normatiza maneiras de ser e fazer.

A biopolítica, como um exercício dessa regulação da vida e produção de vida, apresenta-se como um conceito útil para análise. A biopolítica surge “[...] a fim de governar não somente os indivíduos por meio de um certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto dos viventes constituídos em população” (REVEL, 2005, p. 26). Dentro desta lógica o investimento é para que a vida seja otimizada, sendo a morte não aceita enquanto possibilidade de escolha, mas sim como última instância.

[...] por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população* (FOUCAULT, 2009, p. 152, grifo do autor).

Analisar uma política direcionada para a velhice é colocar em questão esse incessante investimento à vida, pois muitos dos seus significados a aproximam mais da morte do que da vida. Para Rosa (2004, p. 28-9), a velhice sempre exprime que algo se aproxima do fim “[...] os seres vivos nascem, crescem, amadurecem e morrem”. Apesar de a velhice ter como “sombra” a proximidade com a morte e talvez, exatamente por essa aproximação, se intensifiquem os investimentos em uma velhice saudável, na produtividade do corpo velho. Nesse sentido, há uma construção da velhice não apenas como algo degradante, mas como uma oportunidade para realização de planos. De acordo com Foucault (2009, p. 152) a biopolítica se desenvolve “[...] pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida” e se dá nas mais variadas disciplinas.

[...] Enquanto a nossa sociedade, a partir da década de 1970, cada vez mais buscava a juventude, especialmente na propaganda, homens e mulheres alcançavam a maturidade; enquanto idealizávamos o jovem como o padrão ideal, a sociedade também se aproximava da velhice; enquanto novas e mais avançadas técnicas de retardo do envelhecimento e embelezamento eram desenvolvidas por especialistas, como o botox, por exemplo, homens e mulheres tentavam fugir da morte. Assim, uma das principais características das sociedades ocidentais contemporâneas é o *estranhamento da morte*, o receio de sua chegada, o medo dela (LARANJA, 2004, p. 37, grifo do autor).

Vive-se com o receio da morte, certo temor de que o corpo e os afazeres do cotidiano evidenciem que o sujeito está próximo de uma “inutilização” ou outra forma de utilização enquanto sujeitos produtores de capital. Laranja (2004) refere que várias são as técnicas para atenuar as marcas da idade – tintura para cobrir cabelos brancos, cirurgias plásticas e botox para suavizar as rugas –, as quais demonstram o quanto a velhice está fora de moda, não circula como forma de beleza. Pode-se ter idade igual ou superior a sessenta anos, mas não se deve deixar isso transparecer. E o que fazem as políticas públicas de saúde na tentativa de saciar esses anseios e manter os idosos saudáveis e ativos? Será que a criação do Estatuto do Idoso e a PNSPI são alternativas para que o sujeito idoso possa viver, e assim o Estado se exime de qualquer descuido que possa acontecer para com este grupo social?

Segundo Foucault (2009) há:

[...] um poder destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que a barrá-las, dobrá-las ou destruí-las. Com isso, o poder de morte tenderá a se deslocar ou, pelo menos, a se apoiar nas exigências de um poder que gere a vida e a se ordenar em função de seus reclamos (FOUCAULT, 2009, p. 148).

Pensa-se que há um interesse importante no sujeito com mais de sessenta anos, que se desdobra não apenas na tentativa de apreensão da sua potência, mas no gerenciamento dela, ou ainda, na sua intensificação. Nos documentos produzidos para os idosos estão descritas as possibilidades de como sociedade, família, órgãos governamentais e o próprio idoso devem portar-se.

Os instrumentos instituídos pelo Estado para garantir os direitos dos idosos, sua prática e a produção de sentido quando incorporadas por eles e pelo imaginário coletivo compõem-no como produtor da realidade da velhice (JUSTO; ROZENDO, 2010). Conhecer o idoso construído pela e na PNSPI solicita considerar as diversas maneiras existentes, na terceira idade ou na velhice, de viver esta etapa. Assim, faz-se necessário desconstruir o que está dado para elaborar outras possibilidades de habitar o território que se constrói para o sujeito com idade igual ou superior aos sessenta anos.

2.3 Atravessamentos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Ao entrar no universo das políticas públicas de saúde para o idoso, nota-se que estas são construídas a fim de atender e direcionar algumas necessidades dos sujeitos com idade igual ou superior a sessenta anos. Toma-se como objeto de análise deste trabalho a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 – e, quando necessário, recorre-se às leis e políticas que a compõem. Para compreender ao que se propõe a PNSPI faz-se necessário conhecer as políticas e documentos que nela atravessam-se, com a finalidade de proporcionar ao idoso atendimento direcionado às suas questões.

A PNSPI articula-se a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde – nº 8.080 – e pela Lei nº 8.142, tornando importante retomar alguns preceitos principais. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, discorre sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o funcionamento e a organização dos serviços correspondentes em todo território nacional. No Título I, Artigo 2º refere-se que “[...] a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, texto digital), o que não exclui o dever das pessoas, famílias, empresas e da sociedade.

Ainda em 1990 é promulgada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro, que refere sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Coloca-se que em cada esfera do governo o SUS contará com o apoio da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde e também insere as exigências para que os municípios e Estados recebam recursos. A PNSPI é guiada pela prática assistencial proposta na política de Estratégia de Saúde da Família, a qual prima pelo vínculo com a comunidade e a prática humanizada na perspectiva da intersetorialidade (BRASIL, 2006b).

Junto destas regulamentações, com a proposta de responder às demandas ocasionadas pelo aumento da população idosa, promulga-se a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto 1.948, de 03 de julho de 1996. Esta lei discorre sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho do Idoso. A

PNI no seu Artigo 1º tem “[...] por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994, texto digital). Este documento contempla em seus capítulos os princípios e diretrizes que devem ser desenvolvidos pelos órgãos governamentais, família e sociedade; na saúde preconiza a prestação da assistência integral (prevenção, promoção, proteção e recuperação do idoso) e inclui a Geriatria como uma especialidade médica que deve ser contemplada nos concursos e serviços da área.

Além das menções da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa às leis que regem o SUS, é necessário resgatar a lei que anteriormente orientava a política de saúde voltada para a população idosa. A PNSPI, além de ser uma revisão da Portaria nº 1.395 também carrega de herança o histórico de regulamentações anteriores. A Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, refere-se à Política Nacional de Saúde do Idoso, menciona que a partir da década de sessenta a população idosa no Brasil aumentou de forma significativa e houve uma efetiva migração das zonas rurais para a cidade, o que proporcionou maior acesso aos programas de saúde. Assim, ocorre o envelhecimento da população e a diminuição da fecundidade, o que faz o Estado perceber a necessidade de uma atenção especial ao processo de envelhecimento e ao idoso (BRASIL, 1999, texto digital).

A Portaria nº 2.528 (PNSPI), assim como a Portaria nº 1.395, refere que:

[...] o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006b, texto digital).

Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que foi perdida pelo idoso (BRASIL, 1999, texto digital).

Nota-se que a atual Política manteve a preocupação em relação à capacidade funcional, visto que a incapacidade resulta em uma constante necessidade de acompanhamento da saúde e/ou auxílio de um cuidador (BRASIL, 2006b).

A Portaria nº 1.395, além de pontuar as mudanças significativas para o aumento da população, trabalha com uma visão biomédica em relação ao idoso

(BRASIL, 1999). Não é objetivo neste trabalho realizar uma análise comparativa entre as duas políticas (nº 1.395 e nº 2.528), porém com a breve leitura de ambas, percebe-se na primeira a forte influência do saber médico e da questão econômica, visando, por exemplo, a diminuição de gastos com a saúde do idoso. Compreende-se que em ambas as políticas há uma preocupação com a promoção da autonomia e do envelhecimento saudável do sujeito com mais de sessenta anos e a preservação de sua capacidade funcional.

A PNSPI vem para cumprir com algumas exigências nacionais e internacionais. Até aqui, a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa formula-se através de uma série de outras políticas e leis, que demonstram sua importância e emergência frente ao aumento e necessidades do crescimento da população idosa. Sempre importante pensar quais as condições de emergência e possibilidade dessa política e, com isso, problematizar a quais interesses ela busca responder.

A reformulação da política de saúde para o idoso, através da elaboração da PNSPI, se constitui enquanto um compromisso internacional a partir da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Madri/Espanha em 2002. Essa parece se constituir em uma importante condição de emergência e definição de algumas características e diferenças em relação à política anterior. Na Assembleia de Madri desenvolveu-se o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, composto por três orientações prioritárias: 1) pessoas idosas e o desenvolvimento, 2) promoção da saúde e bem-estar na velhice, e 3) criação de ambiente propício e favorável (ONU, 2003). Em relação à “promoção da saúde e bem-estar na velhice” coloca-se que:

O idoso tem pleno direito de contar com acesso à assistência preventiva e curativa, incluída a reabilitação e os serviços de saúde sexual. O pleno acesso dos idosos à assistência e aos serviços de saúde, que incluem a prevenção de doenças, implica o reconhecimento de que as atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças ao longo da vida devem centrar-se na manutenção da independência, na prevenção e na duração das doenças e na atenção da invalidez. Os serviços devem incluir a capacitação de pessoal necessária e recursos que permitam atender as necessidades especiais da população idosa (ONU, 2003, p. 51).

No ano de divulgação do Plano de Ação no Brasil (2003) promulga-se o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), o qual tem por objetivo a promoção à saúde, manutenção da autonomia do sujeito e valorização das redes

de suporte social. No Título I (Disposições Preliminares), Artigo 2º, assegura-se que o idoso tenha “[...] todas as oportunidades e facilidades, para preservação da saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2003, texto digital). Em relação à saúde do idoso, o Capítulo IV (Do Direito à Saúde), Artigo 15º refere:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe 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, texto digital).

A partir da oficialização destes documentos, a velhice torna-se mais visível para a sociedade e acende-se, de forma mais forte, um sinal de alerta sob a população com mais de sessenta anos. Segundo Lebrão, Louvison e Duarte (2008) o envelhecimento populacional pode ser visto como uma vitória, mas representa um problema para o governo, visto que novas políticas públicas precisam ser elaboradas.

Esta dificuldade é percebida porque a longevidade exige ajustes nas esferas privada e pública, transformações sociais, culturais e econômicas. Para Correa, França e Hashimoto (2010), há uma série de implicações com o aumento da expectativa de vida, entre as quais está o aumento dos gastos com os idosos na saúde pública. Foucault (2010) problematiza essa questão na entrevista “Um sistema finito diante de um questionamento infinito”, ao salientar alguns impasses que a saúde nos coloca em relação ao aumento da expectativa de vida:

[...] pode-se falar de “meios de saúde”; e isso significa não simplesmente as instalações hospitalares e os medicamentos, mas tudo o que uma sociedade pode dispor em um dado momento para efetuar as correções e ajustes de saúde para os quais se está tecnicamente capacitado [...] Há o problema da igualdade de todos diante desse acesso [...] Há o problema do acesso interminável a esses meios de saúde [...] É preciso manter em mente que esses limites não podem ser estabelecidos de uma vez por todas por uma definição médica da saúde nem pela noção de “necessidade de saúde” enunciada como um absoluto (FOUCAULT, 2010, p. 137).

Desta forma, as políticas públicas direcionadas aos idosos precisam primar não só pela doença, mas também pela prevenção e promoção em saúde, na busca da construção de possibilidades cotidianas, que potencializem o sujeito e

proporcionem aos idosos diferentes percursos. Foucault (2010) refere que a saúde é construída a partir de fatores regionais, sociais, econômicos e políticos, sendo assim um problema infinito, sem uma solução totalitária, porém pensada por um sistema finito. Por este motivo, ao pensar numa política pública para o idoso é importante que o Estado consiga unir as mais diferentes questões.

Então, com o intuito de reformular a política de saúde para o idoso, foi inserida no Pacto pela Saúde – Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 – a saúde do idoso como objetivo do Pacto pela Vida. Este documento é composto pelo Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida. O foco, enquanto atravessador e constituinte da PNSPI recai sob o Pacto pela Vida, o qual faz referência aos aspectos prioritários que foram suscitados após análise situacional da saúde e tem como uma de suas seis prioridades a saúde do idoso, tendo como seu objetivo a implantação da PNSPI e a lógica da atenção integral que deve ser disponibilizada para este público (BRASIL, 2006a).

Como desdobramento e objetivo dos atravessamentos contextualizados e do Pacto pela Vida, a Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999 foi revogada, para entrar em vigor a Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. A nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa propõe que a atenção à saúde do idoso seja realizada de forma adequada e digna, principalmente ao sujeito que teve em seu processo de envelhecimento agravos por doenças e limitações do seu bem-estar (BRASIL, 2006b).

Com esta breve contextualização, reforça-se que a pesquisa foi construída a partir de uma análise documental, manteve-se o permanente cuidado para não assumir uma verdade em relação aos conceitos que se fazem presentes nesse campo, em especial, saúde e velhice. O objetivo principal é problematizar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, como um instrumento biopolítico que investe em corpos com idade igual ou superior aos sessenta anos, construindo sujeitos idosos na articulação com a noção de saúde. Sendo assim, propõe-se a compreensão dos sentidos associados à velhice, e a produção de diferentes sujeitos na PNSPI a fim de analisar as noções de saúde que circulam na Política e demais documentos, como demandas específicas dessa população.

3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Durante as leituras da PNSPI e sua análise dois termos fizeram-se presentes ao longo do estudo, os quais serão apresentados e problematizados neste capítulo. Em primeiro plano apresenta-se a Política com suas propostas e a análise de seus atravessamentos. Em um segundo e terceiro momento realizar-se-á a problematização da integralidade e da fragilidade e capacidade funcional. Com esta construção pretende-se conhecer o idoso que se constitui na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

A Política nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 é composta por diretrizes e tem por finalidade:

[...] 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, 2006b, texto digital).

Assim, a lei reconhece desafios a enfrentar: carência de estruturas de cuidado intermediário entre a alta hospitalar e a ida para casa; o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar; e a insuficiência de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento no processo de envelhecimento e do idoso (BRASIL, 2006b). Para dar conta destes desafios, a PNSPI propõe nove diretrizes a fim de promover atenção integral e integrada conjuntamente com a promoção do envelhecimento ativo e saudável:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais,

visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa (BRASIL, 2006b, texto digital).

A PNSPI estabelece estratégias que traçam um ideal de saúde a ser oferecido pelo Estado ao sujeito com idade igual ou superior a sessenta anos, afirmando maneiras de como o idoso deve ser olhado (ou não) pela saúde pública e privada.

A Política legitima-se através de verdades em relação à velhice: crescimento da população, o processo de envelhecimento, a heterogeneidade deste grupo social, a não organização do sistema brasileiro de saúde para acolher idosos e a percepção das incapacidades funcionais do sujeito com mais de sessenta anos. A PNSPI dispõe que a saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde mental, física, capacidade funcional, independência financeira e suporte social (BRASIL, 2006b). Assim, a Política busca fomentar questões com vistas a garantir uma vida mais digna ao grupo.

Com a análise realizada, compreende-se que a PNSPI constitui-se dos princípios e diretrizes norteadores do SUS, primando pela universalidade da atenção, integralidade do cuidado e equidade na distribuição dos recursos. De acordo com a Constituição (1988, texto digital) os direitos em saúde, dispostos no Título VIII, Capítulo II, Seção II, Art. 196º referem que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, texto digital).

Pode-se pensar a forma como a PNSPI faz referência à equidade, ao colocar que sua meta final é:

[...] uma atenção adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos

que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (BRASIL, 2006b, texto digital).

Fica clara a fusão que ocorre entre o SUS e a PNSPI quando ambas referem ser universais. Nesse ponto a universalidade associada à equidade, possibilita um acesso diferenciado às pessoas mais necessitadas e carentes, minimizando as condições que as posicionam desigualmente. Percebe-se que a PNSPI, em sua construção atual, propõe ao idoso um atendimento humanizado, centrado nas preocupações contextuais e atentando-se à proposta de autonomia do sujeito.

A PNSPI, assim como o SUS, prima pela promoção e recuperação em saúde. A promoção faz referência ao direito a condições de vida digna, atividade física, educação, paz, lazer, alimentação, cultura, arte, ambiente saudável, boas condições de moradia, entre outros. Já a recuperação em saúde é propiciada através da formação de equipe qualificada para diagnóstico precoce, tratamento e limitações da lesão (PAIM, 2009). Permite-se pensar que a proposta da PNSPI “Supõe atuar sobre as “causas das causas”, ou seja, os determinantes socioambientais, cultivando o bem-estar e a qualidade de vida” (PAIM, 2009, p. 46). A partir destes preceitos, podemos dizer que saímos da construção biomédica da primeira Política (criada em 1999) para uma Política preocupada também com a integralidade do sujeito idoso, assegurada pelo Sistema Único de Saúde.

Para que se compreenda a mudança que acontece na área da saúde, da transição de uma visão biomédica para a inserção do cuidado integral, recorre-se a Ceccim e Carvalho (2006), os quais referem que durante os séculos XIX e XX predominou o saber biologicista, colocando os hospitais como o lugar da doença e da cura, e o local apropriado para formação em saúde. Porém, esta construção provocou uma miscelânea, existente ainda hoje, entre saúde e doença. Ao contrário do que muitos mencionam saúde não é ausência de doença, mas sim as formas que o sujeito idoso encontra para sobreviver e estar no cotidiano.

As primeiras aprendizagens nos cursos de formação em saúde referem-se aos conhecimentos biológicos, com as disciplinas de anatomia, para que os alunos possam tocar o corpo e conhecer os órgãos, porém nestas aulas não se aprende a conhecer a dinâmica do sujeito, seus afetos e estados (CECCIM; CARVALHO, 2006). Nestas aulas técnicas, o estudante – futuro profissional da saúde – está “Sem

referências a respeito daquele corpo para além de sua dimensão física, registra-se no imaginário técnico-científico da saúde um corpo como história natural, não um corpo com as singularidades do viver e do sentir” (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 72).

Para Foucault (1999) a medicina biologicista irá regulamentar os modos de fazer saúde até o início do século XX, porém o poder que aí está contido auxiliará a população e o Estado na valorização da vida:

A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar [...] Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, dizer pelo menos que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo a população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação de outra (FOUCAULT, 1999, p. 302).

Assim, problematiza-se uma biopolítica da vida, pois a norma irá tomá-la enquanto objeto de desejo. *Deixar morrer e fazer viver* torna-se um ideal social. Prolongar a duração da vida, multiplicar possibilidades e compensar suas deficiências é uma forma de regulamentar os modos de ser dos idosos. A partir da biopolítica normatiza-se não apenas os indivíduos por meio disciplinar, mas também o conjunto de sujeitos de um mesmo contexto. Normatiza-se, então, a saúde e sua(s) forma(s).

Seguindo a linha de pensamento de Ceccim e Carvalho (2006) e Mattos (2006), é no início do século XX que se inicia a reforma do ensino médico nos Estados Unidos e o consequente desenvolvimento de um núcleo temático educacional, uma pedagogia do ensino das profissões de saúde:

Pode-se falar em uma educação dos profissionais de saúde ou de uma educação em ciências da saúde, reafirmando-se a existência de um núcleo temático *entre as ciências da educação* ou *no interior da área denominada saúde coletiva* (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 73, grifo do autor).

Com isso pretende-se formar e capacitar profissionais que consigam acolher os problemas de saúde da população, em prol de um sistema de saúde orientado pela integralidade no cuidado individual ou coletivo. É necessário o desenvolvimento de profissionais da saúde com olhares sobre o sujeito, ao invés de um olhar sobre a doença. Na proposta de uma saúde integral, práticas de inovação nos espaços de

atenção e a análise crítica dos contextos se fazem importantes a fim de problematizar saberes e contextos (CECCIM; CARVALHO, 2006).

A integralidade da atenção passa a compreender o sujeito enquanto uma multiplicidade, um ser complexo, que se constitui a partir de infinitos emaranhados. Propõe-se então pensar a integralidade do sujeito, a qual “representa uma inovação nos modos de cuidar das pessoas e de buscar soluções adequadas para os problemas e necessidades de saúde da população de um bairro ou de uma cidade” (PAIM, 2009, p. 50). A integralidade possibilita ao profissional da saúde e ao usuário do SUS que as possibilidades de saúde apresentadas promovam a construção de um projeto terapêutico singular⁸, no qual o principal objetivo é a produção e qualidade de vida, com respeito ao contexto no qual o sujeito esteja inserido.

Sem perder o foco sobre a integralidade do sujeito idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa atenta-se também para a perda da capacidade funcional (habilidades físicas e mentais) comumente agravada a partir dos sessenta anos e, para as questões da fragilidade, igualmente percebidas nos idosos de nossa sociedade (BRASIL, 2006b).

De acordo com a Política, a perda da capacidade funcional é descrita através das incapacidades que podem ser percebidas se o idoso demonstra dificuldade em realizar atividades básicas da vida diária (tomar banho, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, vestir-se, ser continente e alimentar-se com a própria mão) ou ao apresentar dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária (preparar refeições, fazer compras, usar o telefone, controlar a própria medicação, controlar o próprio dinheiro, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva). Classificam-se os idosos que possuem estas dificuldades como dependentes (BRASIL, 2006b).

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI⁹, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças degenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade

⁸ Projeto Terapêutico Singular faz parte da proposta da Política Nacional de Humanização: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf>.

⁹ Instituição de Longa Permanência para Idosos.

funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. *Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade* (BRASIL, 2006b, texto digital, grifo nosso).

Sendo assim, a fragilidade do sujeito com idade igual ou superior aos sessenta anos ocorre com maior intensidade do que em outras etapas da vida, pois é na velhice que a vulnerabilidade do ser humano se torna mais perceptível. A PNSPI reforça a importância de “[...] fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade” (BRASIL, 2006b, texto digital).

A partir desta breve descrição, analisa-se a PNSPI através de dois movimentos tomados como relevantes na construção da política de saúde do idoso e, portanto, na produção desse sujeito: a importância proferida à integralidade da atenção e o cuidado e a atenção programados às questões da capacidade funcional e fragilidade do idoso. Para compreender melhor estes momentos, organiza-se este capítulo em duas etapas: primeiro realiza-se uma breve contextualização da integralidade para, a seguir, compreender o que se entende por fragilidade do idoso.

3.1 Integralidade no cuidado em saúde – uma bandeira de luta

No decorrer da análise da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa um dos conceitos que mais se destacou foi o da integralidade da atenção. A Política não define o que entende por este conceito, porém refere em sua introdução o Sistema Único de Saúde, direcionando-nos então, para os documentos que servem de diretrizes para o SUS.

[...] a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2006, p. 45).

Provável que a riqueza e produtividade do conceito da integralidade estejam no fato de ainda, o termo, não estar fechado em uma única definição. A integralidade

da atenção se faz na singularidade de cada contexto social e no universo de possibilidades que cada sujeito traz consigo, podendo ser aproveitadas no cotidiano em saúde. A integralidade busca superar os aspectos cotidianos, inventando outras formas, outros movimentos (MATTOS, 2006). Sendo assim, compreende-se:

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica (BRASIL, 2006b, texto digital).

A integralidade tem sua eficácia quando tomada não apenas como um conceito, mas sim enquanto sentidos e modos de promover saúde e cuidados. Para Ceccim e Carvalho (2006) e Mattos (2006) a integralidade se faz na postura do profissional de saúde e solicita a superação dos limites impostos pela racionalidade médica (anatomopatológica) que se reproduz na escola médica. A argumentação em prol da integralidade refere que, enquanto estudantes e profissionais da saúde, faz-se importante compreender que o sujeito não é apenas uma patologia, ele é biopsicossocial. Por este motivo, a integralidade não poderia ser determinada (endurecida) em um conceito, a integralidade é um valor a ser sustentado e defendido, que deve ser expresso nas práticas em saúde, através da prevenção, promoção e recuperação do sujeito.

O conceito, na PNSPI, se faz sustentado no cuidado integral ao idoso e, caberia ao profissional do sistema “o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações” (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 78). Para que o cuidado integral aconteça é preciso investir na educação universitária, bem como na educação permanente, é necessário ampliar os saberes e práticas, a partir de uma diversidade de referenciais bibliográficos. A integralidade também demanda mudança nas relações entre os profissionais e entre profissional-usuário, primando sempre pela autonomia do usuário e pelo reconhecimento do profissional, sua prática enquanto produtora e produto do sistema. Desta forma:

A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também faz parte da avaliação

sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o auto-cuidado. Grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados (BRASIL, 2006b, texto digital).

Com vistas ao atendimento humanizado e qualificado, a PNSPI propõe um atendimento integral, intersetorial e interdisciplinar. A Política em questão posiciona o olhar do Estado e da sociedade sob as diferentes formas de ser idoso e de habitar esta etapa da vida. É na multiplicidade de ser sujeito com mais de sessenta anos que se constrói a velhice no Brasil, e a integralidade possibilita que os modos de promover saúde nas diferentes regiões do Brasil, aconteçam de forma peculiar, respeitando as características de cada região e de cada sujeito idoso.

Para Mattos (2006), compreender o conjunto de necessidades de saúde apresentadas pelo sujeito, o conjunto de ações e serviços que se precisa, é a marca maior da integralidade, de seu sentido. O que se busca com a integralidade da atenção é que:

A intervenção profissional em saúde, entretanto, ocorre fundamentalmente pela perspectiva do cuidado e, por conseguinte, na dimensão do corpo vivo. Nesse caso, um corpo sob processos de subjetivação, em movimento e sensível (CECCIM; CARVALHO, 2006, p.72).

Assim, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, inscreve-se na lógica da integralidade, prima pelas peculiaridades de cada sujeito com mais de sessenta anos, pois considera a população idosa heterogênea e com diferentes questões. A integralidade da atenção, bem como a PNSPI, prevê a capacitação dos profissionais de saúde, para que se consiga realizar uma abordagem interdisciplinar, multidimensional e global, que considere a interação entre os fatores psicológicos, físicos, sociais e ambientais do idoso (BRASIL, 2006b). Foucault (1999) nos auxilia na problematização da integralidade, ao referir que:

[...] temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população, que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso em compensar seus efeitos (FOUCAULT, 1999, p. 298).

Compreende-se que a PNSPI pode ser pensada enquanto ferramenta biopolítica, pois organiza e prevê as formas como a saúde dos idosos será trabalhada, como a vida será delineada. Nesse sentido, a integralidade pode ser tomada como uma estratégia biopolítica mais difusa e talvez mais intensa que a estratégia biologicista anteriormente hegemônica. As ações de saúde não se limitam mais aos contornos das doenças, transbordam para as inúmeras instâncias da vida dos sujeitos, incidindo sobre os modos de viver e, nesse caso, sobre os modos de envelhecer.

A análise possibilita pensar a transformação – de um modelo biologicista para o modelo da integralidade – como característica do que Deleuze (1992) vai chamar de sociedade de controle. Para o autor, há um processo de dispersão do poder nas sociedades contemporâneas. Se anteriormente o poder disciplinar se exercia no corpo, atualmente o poder se exerce de forma mais difusa, como um controle permanente, intenso.

A Política não se propaga e se coloca enquanto útil por si só, ela depende de profissionais de diferentes áreas para ser articulada e colocada em prática, também precisa de idosos que reconheçam seus preceitos para fazerem com que ela exerça-se. Esta problematização não tem como definir as transformações propostas pela PNSPI – em especial o foco na integralidade – como uma melhoria ou um atraso na atenção à saúde do idoso. Cabe destacar o modo como essas transformações são construídas e argumentadas nesse documento e os efeitos biopolíticos delas na produção dos idosos.

A nova medicina “sem médico nem doente”, que resgata doentes potenciais e sujeitos à risco, que de modo algum demonstra progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria “dividual” a ser controlada (DELEUZE, 1992, p. 225).

Nesse sentido, o idoso produzido pela PNSPI, carrega a marca de uma visão de saúde problematizada a partir da integralidade. É um sujeito que precisa ser constantemente pensado para além do somatório de doenças que carrega, sendo interpelado no seu modo de viver e envelhecer de forma muito mais ampla em diferentes aspectos de sua existência. Essa perspectiva de saúde também acarreta efeitos importantes nos agentes dessa política, pois exige desses profissionais ações inter-relacionadas e complexas. Desta forma, os envolvidos na propagação e

articulação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa devem ter um cuidado para que seu sentido, de cuidado ao idoso, não se esvazie.

3.2 Fragilidade – uma questão de variáveis

A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa apresenta uma intensa preocupação com a (in)capacidade funcional e com o sujeito frágil em seu texto. De acordo com o Dicionário Escolar da Língua Portuguesa (2008), *frágil* refere-se ao que pode partir-se facilmente, delicado, indefeso. No mesmo material, o termo *fragilizado* denota que algo se tornou fraco e pouco resistente, que ficou emocionalmente vulnerável. Esta conceituação do termo frágil vai ao encontro do que a PNSPI apresenta como fragilidade, ao referir que todo idoso que apresentar algum tipo de dependência, sendo ela física, psíquica ou cognitiva está vulnerável e, de certa forma, dependente (BRASIL, 2006b).

Lourenço (2008) questiona os marcadores que delimitam quando o sujeito deve ser considerado idoso, apesar das definições estabelecidas por organizações nacionais e internacionais. Conforme a análise desse autor, a cronologia, isoladamente, não constitui um parâmetro adequado, pois:

O envelhecimento humano é marcado por alterações fisiológicas, que ocorrem de maneira diferenciada, em maior ou menor intensidade, em todos os aparelhos e sistemas, e isto se dá de tal maneira que o idoso, quando visto do ponto de vista individual, carrega a sua própria velhice, única e singular (LOURENÇO, 2008, p. 22).

Desta forma, mostra-se importante o momento em que a PNSPI refere que a abordagem ao idoso deve ser realizada de forma global, interdisciplinar e multidimensional, levando em consideração fatores psicológicos, físicos, e sociais (BRASIL, 2006b). Ao considerar o sujeito com idade igual ou superior a sessenta anos, precisa-se levar em conta a diversidade e, ao mesmo tempo, a singularidade que habitam os diferentes contextos brasileiros.

As leituras sobre fragilidade demonstram que este é um “tema alvo” das políticas públicas de saúde, visto que se refere aos idosos que mais necessitam de

cuidados intersetoriais, interdisciplinares e integrais. Além disso, com o aumento desta população o número de idosos com algum tipo de fragilidade tende a crescer (LOURENÇO, 2008; LINCK; CROSSETTI, 2011; FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008). Entende-se que a proposta da PNSPI e dos profissionais de saúde baseia-se na preservação da autonomia e a independência do idoso, promovendo cuidados em saúde que preservem sua capacidade de decisão e a execução de tarefas de autocuidado e de relação com a sociedade (LOURENÇO, 2008). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa menciona que:

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção – primária, secundária e terciária –, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis (BRASIL, 2006b, texto digital).

Compreende-se então, que a condição funcional varia em gravidade e de acordo com o grupo no qual o idoso está inserido. Entre as quais, pode-se destacar a idade e a questão de gênero. A idade pode ser considerada o principal fator, sendo os idosos com idade superior aos 75 (setenta e cinco) anos os mais propensos a ter algum tipo de comprometimento (BRASIL, 2006b; LOURENÇO, 2008; GOMES, 2010; SILVA et al., 2011). Outra variável é a questão de gênero, pois “Cinquenta e cinco por cento da população idosa são mulheres” (BRASIL, 2006b, texto digital), sendo assim “As mulheres são a maioria em grupo de idosos e, apesar de terem maior expectativa de vida, apresentam maiores limitações ou maior perda da capacidade funcional” (SILVA et. al., 2011, p. 1141).

Um ponto interessante a se pensar, a partir das especificações com relação à noção de fragilidade, é que a categoria “idoso”, descrita de forma genérica, passa a receber contornos e diferenciações. Em termos de fragilidade, os idosos não são todos iguais. O que antes bastava para diferenciar essa população do restante (idade igual ou superior a sessenta anos) já não basta para explicar as diferenças internas à velhice. Há idosos e idosos, ou melhor, há idosos e idosos mais idosos (idade superior a setenta e cinco anos) e há idosos e idosas.

A literatura define como indivíduo frágil o sujeito dependente de outros ou sob-risco de dependência; o idoso com perdas de reservas fisiológicas ou com

muitas doenças crônicas; e, o sujeito com envelhecimento acelerado (LOURENÇO, 2008). Para Gomes (2010), a fragilidade pode ser considerada quando há aumento da vulnerabilidade a agentes estressores e/ou redução da habilidade da homeostasia após evento desestabilizante. Para Gomes (2010, p. 47):

[...] não existe uma idade pré-determinada para se tentar modificar as condições de fragilidade por meio de intervenções apropriadas. As estruturas físicas corporais apresentam uma plasticidade que diminui ao longo da vida, mas que não cessa. Dessa forma, o incentivo às modificações positivas nos aspectos biológicos e psicológicos deve estar presente na vida do idoso.

Atualmente não há apenas uma conceituação em relação ao idoso frágil, mas há linhas de estudo que compreendem “diferentes termos que são utilizados para conceitos semelhantes” (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008, p. 117). Percebe-se que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa trabalha com uma visão canadense na qual a incapacidade é enfatizada e “deve ser entendida como dificuldade ou dependência para desenvolver atividades essenciais para viver independente e com autonomia” (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008).

Sem apenas uma definição conceitual, pode-se pensar que o sujeito idoso não está totalmente governado pela PNSPI, porém há um esforço da Política em construir uma “modelagem que se produz do interior a partir de um processo de normalização e adaptação cuja finalidade é criar uma homogeneização dos modos de existência” (NARDI; SILVA, 2009, p. 147). Ao referir o que entende por fragilidade a Política normatiza e sustenta um modo de ser, desconstruindo uma ideia de sujeito único que deve ser visto em sua integralidade.

A PNSPI pode ser percebida como um exercício ético para expansão da vida, pois coloca foco sobre as questões de saúde do idoso e as formas como estas podem se efetivar (ou não), ou seja, abre-se um rol de prescrições para os sujeitos e para os serviços de saúde. É uma questão de relação com o outro, com a sociedade.

Ao Estado cabe primar pelo cuidado em saúde do sujeito com idade igual ou superior a sessenta anos, a fim de promover a vida e suas possibilidades e ao sujeito, compreender as diferentes formas de cuidado para então primar pela sua existência. A Política “baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas

e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002)” (BRASIL, 2006b, texto digital). Através da noção de fragilidade, a velhice é desmembrada, diferenciada em relação a si mesma, com o intuito de oferecer uma atenção especial aos mais vulneráveis e fragilizados.



4 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO FRÁGIL

A análise realizada teve por objetivo conhecer o idoso constituído pela e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a partir de uma problematização biopolítica da velhice, do idoso e da própria PNSPI. A Política institui um regime de verdade ao elencar termos e maneiras de fomentar a atenção à saúde do idoso. Ao mesmo tempo, as verdades permitem abrir-se para questões que transformam a perspectiva da saúde, como por exemplo, a noção de integralidade, mesmo que algumas práticas permaneçam na perspectiva biologicista.

Compreende-se que a Política busca legitimar uma forma de saúde pelo exercício da integralidade da atenção, escolhendo a fragilidade do sujeito como seu foco principal. Ao autorizar uma prática em saúde também se promove um jeito de ser idoso, e assim, agencia-se uma biopolítica em relação ao ser sujeito com idade igual ou superior a sessenta anos. A integralidade da atenção permite pensar em uma amplitude nas maneiras de realizar o cuidado em saúde, porém é uma forma de trabalhar que só pode ser viabilizada com a implicação e preocupação de uma equipe de profissionais responsabilizada com o sujeito.

A PNSPI constitui uma população idosa heterogênea, com demandas diferenciadas em relação à moradia, aos cuidados em saúde, em termos etários e socioeconômicos (BRASIL, 2006b). Percebe-se que em função desta diversidade social, a Política coloca o cuidado integral e interdisciplinar como principal prática em saúde, permitindo que as singularidades apresentem-se e sejam trabalhadas. Pode-se afirmar que “O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir

políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas” (BRASIL, 2006b, texto digital), visto que as diferentes formas de ser idoso habitam a velhice.

Colocar em análise a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é uma forma de reconhecer a importância dessa temática e de permanecer vigilante em relação à “produção” de idosos nos espaços de saúde. Não coube nesse trabalho uma análise de valor, avaliando se a política é boa ou adequada. Mas por uma postura teórica, buscou-se interrogar através desta Política as diferentes lógicas de ser idoso e também compreender como a sociedade elabora modos de percepção desta etapa. Sendo assim, “[...] é necessário compreender as regras do jogo e desnaturalizar as formas de dominação, demonstrando que elas são históricas e contextuais” (NARDI; SILVA, 2009, p. 155).

Durante a problematização, manteve-se vivo o cuidado de compreender a Política de acordo com o momento histórico no qual encontramos-nos, bem como ir ao encontro dos discursos que circulam em relação a esta etapa da vida. Algumas formulações indicam a importância da PNSPI atender-se também aos idosos não frágeis, visando promover ações no cuidado aos idosos que ainda não se encontram totalmente fragilizados¹⁰, pois “[...] nem todo indivíduo frágil é incapaz ou apresenta comorbidades e vice-versa” (LOURENÇO, 2008, p. 23).

Através da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa o Estado fica responsável por dar conta das carências em saúde, sem deixar de lado áreas que exigem atenção há mais tempo. Então, pensa-se que:

O prolongamento da vida humana é um ganho social coletivo, mas também encerra em si um perigo, um risco, uma ameaça à reprodução da vida social, pois os custos da aposentadoria e assistência médica são vistos como indicadores da inviabilidade de um sistema que futuramente não poderá arcar com os gastos de atendimento, mesmo quando a qualidade dos serviços é geralmente precária, como no caso dos brasileiros [...] viver a velhice no contexto atual da pós-modernidade pode tornar-se ao mesmo tempo uma experiência rica ou extremamente ameaçadora (ROSA, 2004, p. 31).

Percebe-se que há um espaço entre a sanção da política e sua prática, por isto o interesse em conhecer e analisar que construção de idoso e da velhice há na

¹⁰ “[...] sendo o envelhecimento acompanhado de perda funcional fisiológica já a partir da 4ª década, perda esta que se acentua intensamente a partir da 7ª década, é natural que se considere os indivíduos muito idosos como potenciais portadores de fragilidade” (LOURENÇO, 2008, p. 24).

política pública de saúde. Pois, se pensarmos este grupo enquanto singular, com as novas demandas no processo de envelhecimento e na velhice, torna-se necessário que a PNSPI, e as demais políticas, sejam debatidas e estudadas pelos profissionais e pela sociedade, de forma que suas garantias sejam contempladas no cotidiano social (MARTINS; MASSAROLO, 2008).

Neste estudo, compreende-se que a PNSPI é uma normatização do cuidado à saúde do idoso e se constrói enquanto uma verdade ao elencar a forma como a saúde será promovida e diagnosticada, colocando a integralidade da atenção como um valor moral e não como uma questão ética para com o cuidado de si. Entretanto, a Política reitera a garantia da dignidade humana, conforme a Constituição da República de 1988, auxiliando a sociedade a entender a velhice como uma etapa da vida. Para Neri e Cachioni (1999, p. 114):

O aumento da longevidade deve possuir Políticas bem amarradas a fim de promover o cuidado a estes sujeitos idosos, compreendendo todas as áreas que eles circulam. Se faz necessária a criação (e aplicação) de alternativas e políticas aos idosos na área social, médica e educacional.

Assim, a PNSPI torna-se importante por dar amplitude a um período da vida para o qual a sociedade não está tão preparada, havendo assim certa valorização do sujeito com idade igual ou superior a sessenta anos.

[...] As condições de vida dessa população estão, ainda, relacionadas com suas capacidades natas, suas capacidades adquiridas no transcorrer da vida e com a inter-relação entre as duas e sua interface com as facilidades ou dificuldades do meio em que habitam, uma vez que idosos não vivem isolados e o seu bem-estar está intimamente ligado ao da sociedade como um todo. *Tais diferenças podem, no entanto, ser minimizadas pelo implemento de políticas públicas adequadas* (LEBRÃO; LOUVISON; DUARTE, 2008, p. 194, grifo nosso).

A Política engloba um conjunto de ações voltadas para a saúde com vistas ao cuidado integral e principalmente à prevenção e tratamento relacionadas com a (in)capacidade funcional do idoso. Faz-se necessário entender o envelhecimento e superar estereótipos. O processo de envelhecimento diz respeito a toda sociedade, devendo ser objeto de conhecimento e informação.

Entende-se que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta do Estado para garantir os direitos em saúde do sujeito idoso

conjuntamente com outras políticas e leis, ao mesmo tempo em que é uma forma de exercer poder sobre os corpos transmitindo para a população e sociedade a ideia de *fazer viver e deixar morrer*, promovendo assim uma administração da vida (FARHI NETO, 2010). Desta forma “A biopolítica aparece como a prática política de apreensão social dos corpos dos indivíduos, no capitalismo; e a medicina, como instrumento desse controle político” (FARHI NETO, 2010, p. 30).

Portanto, com esta análise, é possível afirmar que a PNSPI vai ao encontro biopolítico do sujeito, pois “lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (FOUCAULT, 1999, p. 292-293). Assim, a Política Nacional de Saúde da Pessoa constrói-se pela lógica da integralidade da atenção, o que possibilita uma abertura às singularidades do idoso; por outro lado, restringe-se ao dar foco às questões da fragilidade e capacidade funcional do idoso.

Compreende-se que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento importante para o Estado e para a sociedade, pois é a partir dela que o Estado consegue regular modos de ser e, a partir da PNSPI que os idosos conseguem assegurar seus direitos em saúde. A PNSPI é uma tecnologia biopolítica que visa “[...] não o treinamento individual, mas, pelo equilíbrio global, algo como uma homeóstase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos” (FOUCAULT, 1999, p. 297).

REFERÊNCIAS

BARROS, Orlando de. Os velhos e os velhacos. In: LEMOS, Maria Teresa Toríbio Brittes; ZAGAGLIA, Rosângela Alcântara (Orgs.). **A arte de envelhecer**: saúde, trabalho, afetividade, Estatuto do Idoso. Aparecida, SP: Ideias & Letras; 2004. p. 133-148.

BIGOSSI, Fabiela Billé M.; Martz, D. Vale a pena envelhecer? Lormont: Le Bord de L'eau 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2209-2212, ago. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2012.

_____. 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 06 de abr. 2012.

_____. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 06 abr. 2012.

_____. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2012

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 06 abr. 2012.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 06 abr. 2012.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006b. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS, 2006. p. 69-92.

CORREA, Mariele Rodrigues; FRANÇA, Sônia Aparecida Moreira; HASHIMOTO, Francisco. Políticas públicas: a construção de imagens e sentidos para o envelhecimento humano. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 219-238, 2010.

DEBERT, Guita Grin. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin. (Orgs.). **Velhice e sociedade**. 2. ed. Campinas, SP: Papius, 1999.

DELEUZE, Gilles. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: _____. **Conversações**. São Paulo: 34, 1992. p. 219-225.

DHEIN, Gisele. **PAUSA! Clínica. Clínica política. Clínica ampliada**: a produção do sujeito autônomo. 2010. 83 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 02 set. 2012.

DICIONÁRIO escolar da língua portuguesa. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008. 1312p.

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 113-119, abr./jun. 2008.

FARHI NETO, Leon. **Biopolíticas**: as formulações de Foucault. Florianópolis: Cidade Futura, 2010. 208p.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 385p.

_____. **Microfísica do poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006. 295p.

_____. **História da sexualidade**: A vontade de saber. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009. 176p. v. 1.

_____. **Ética, sexualidade, política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. 326p.

GOMES, Grace Angélica de Oliveira. Fragilidade biológica, resiliência psicológica e atividade física. **Revista Kairós**, Caderno Temático 7, São Paulo, p. 41-50, jun. 2010.

GROISMAN, Daniel. Asilos de velhos: passado e presente. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 2, p. 67-87, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 07 abr. 2012.

_____. **Tábuas Completas de Mortalidade 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/default.shtm>>. Acesso em: 07 abr. 2012.

JUSTO, José S.; ROZENDO, Adriano da S. A velhice no Estatuto do Idoso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 2, p. 471-489, set./dez. 2010.

LARANJA, Anselmo Laghi. Estatuto do Idoso: ampliação e alargamento dos direitos humanos na sociedade brasileira. In: LEMOS, Maria Teresa Toríbio Brittes; ZAGAGLIA, Rosângela Alcântara (Orgs.). **A arte de envelhecer**: saúde, trabalho, afetividade, Estatuto do Idoso. Aparecida, SP: Ideias & Letras; 2004. p. 35-50.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LOUVISON, Marília Cristina Prado; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. A regulação da saúde suplementar e o direito da pessoa idosa à assistência à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 191-206, jul./out. 2008.

LINCK, Caroline de Leon; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 385-393, jun. 2011.

LOURENÇO, Roberto A. A síndrome da fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, ano 7, p. 21-29, jan./jun. 2008.

MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 26-33, 2008.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. p. 43-68.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, jan./abr. 2009.

MOTTA, Luciana Branco da. A constituição da gerontologia e da geriatria como campos de conhecimento interdisciplinar: o desafio da formação profissional. In: LEMOS, Maria Teresa Toríbio Brittes; ZAGAGLIA, Rosângela Alcântara (Orgs.). **A arte de envelhecer**: saúde, trabalho, afetividade, Estatuto do Idoso. Aparecida, SP: Ideias & Letras; 2004. p. 81-94.

NARDI, Henrique Caetano; SILVA, Rosane Neves da. Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In: GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; HUNING, Simone Maria (Orgs.). **Foucault e a psicologia**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. p. 143-158.

NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire. Velhice bem-sucedida e educação. In: NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin (Orgs.). **Velhice e sociedade**. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 1999.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. Brasília: Secretaria especial dos direitos humanos, 2003.

Disponível em:

<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf>.

Acesso em: 13 set. 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148p.

REVEL, Judith. **Michel Foucault**: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005. 96p.

ROSA, Ana Lucia C. de S. O Envelhecimento na pós-modernidade. In: LEMOS, Maria Teresa Toríbio Brittes; ZAGAGLIA, Rosângela Alcântara (Orgs.). **A arte de envelhecer**: saúde, trabalho, afetividade, Estatuto do Idoso. Aparecida, SP: Ideias & Letras; 2004. p. 21-34.

SILVA, Maria do Desterro da Costa et al. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1137-1144, dez. 2011.

VAINFAS, Ronaldo (Org.). **Dicionário do Brasil Colonial (1500-1808)**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 599p.

VELOSO, Caetano. **Força Estranha**. 1978. Disponível em:

<<http://letras.mus.br/caetano-veloso/44727/>>. Acesso em: 30 set. 2012.