

## **Envelhecimento bem-sucedido: desafios às políticas públicas em Manaus**

### **Successful aging: challenges to public policies in Manaus**

**Alice Alves Menezes Ponce de Leão Nonato\***

**Resumo:** A velhice é o desafio do século para quem busca viver com qualidade de vida. O envelhecimento bem-sucedido destaca metas que contemplam os aspectos biopsicossociais que perpassam a velhice e que garantem a integralidade no atendimento às demandas da pessoa idosa. A interdisciplinaridade e a intersetorialidade são caminhos que contribuem para transpor um modelo hegemônico de envelhecimento, assim como pode reorientar as práticas interventivas junto aos sujeitos sociais que envelheceram em uma perspectiva de empoderamento rumo a uma sociedade justa e solidária. O objetivo deste trabalho consiste em discutir a organização dos serviços oferecidos à pessoa idosa nas políticas públicas em Manaus a partir das demandas apresentadas na saúde e na assistência social. A metodologia está ancorada na abordagem qualitativa, pesquisa bibliográfica e de campo com seis assistentes sociais que atuam diretamente com a pessoa idosa. Os resultados apontam a necessidade de esforços conjugados para promover processos participativos e democráticos.

**Palavras-chave:** Velhice. Políticas Públicas. Envelhecimento bem-sucedido.

**Abstract:** Old age is the challenge of the century for those who seek to live with quality of life. Successful aging highlights goals that address the biopsychosocial aspects that pass through old age and that guarantee integrality in meeting the demands of the elderly. Interdisciplinarity and intersectoriality are ways that contribute to transpose a hegemonic model of aging, as well as reorient the intervention practices among the social subjects who have aged in an empowering perspective towards a just and solidary society. The objective of this study is to discuss the organization of the services offered to the elderly in public policies in Manaus from the demands presented in health and social care. The methodology is anchored in the qualitative approach, bibliographical and field research with six social workers who work directly with the elderly person. The results point to the need for concerted efforts to promote participatory and democratic processes.

**Keywords:** Old age. Public policy. Aging successful.

Recebido em: 01/06/2017. Aceito em: 27/06/2018

---

\*Assistente Social. Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). É pesquisadora da temática de gênero, velhice, sexualidade e políticas públicas. Professora da Universidade Federal do Amazonas - Campi Parintins - AM. Email: allicyponce@hotmail.com

## Introdução

Já não somos um país de jovens. Ao sair nas ruas e nos lugares públicos e privados, a presença das pessoas idosas é notória. Esse crescimento demográfico da população mais velha se deve ao avanço da medicina no que concerne ao controle de doenças e à redução nas taxas de fecundidade e mortalidade.

Segundo o IBGE (2010), no Brasil, há 26,1 milhões de pessoas idosas, o que representa 13% da população brasileira. As projeções acusam que até 2025, seremos o sexto país do mundo em número de velhos. A região com mais pessoas idosas é a região Sul, com 14,4% enquanto o Norte apresenta a menor taxa, 8,8%.

Se por um lado celebramos a conquista da longevidade, por outro, é necessário atentar para a garantia das condições necessárias para que a pessoa idosa viva dignamente. Afinal, a velhice revela a condição humana futura para os homens do presente.

A velhice é um daqueles assuntos que tem atraído a atenção do mercado e se tornado uma preocupação para o Estado. O final do século XX e o início do século XXI tem se ocupado das questões relativas ao corpo, à saúde e o bem-estar. Vivemos um tempo marcado pela volta da ética hedonista e individualista, que preconiza a valorização dos ideais de juventude, como a beleza, a força, a vitalidade e a produtividade, fatores que declinam com o tempo.

Quando se chega à velhice, o mercado oferece um leque de técnicas que se propõem a amenizar os traços do envelhecimento, como a indústria de cosméticos e a adoção de estilos de vida saudáveis, que se afinam com a meta da gerontologia: “morrer jovem o mais tarde possível”. Recai sobre o indivíduo a “escolha” pela responsabilidade em querer assumir ou não essas medidas como forma de combate aos traços do declínio e da decrepitude.

Para o Estado, a velhice se torna um ônus em razão do aumento das demandas das pessoas idosas pelos serviços de saúde, previdência e assistência social (TEIXEIRA, 2008). No início do século XXI, as proposições em torno da velhice caminham rumo à construção de novos projetos de vida. Um conceito que vem ganhando expressão é o de “envelhecimento bem-sucedido”, que

dentro do discurso do “envelhecimento ativo”, designa a velhice como uma experiência positiva.

Albuquerque (2008) afirma que o termo “envelhecimento bem-sucedido” apareceu pela primeira vez na gerontologia nos anos 1960 trazendo uma mudança ideológica no sentido de romper com a ideia que considera o envelhecimento e a velhice como “sinônimos de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento” (p. 28).

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

Com relação ao “envelhecimento bem-sucedido”, não encontramos uma definição específica. Mas, Litvoc e Brito (2004) nos ajudam a pensar em eixos que podem convergir para o alcance desse conceito a partir da presença de três fatores essenciais: 1) a baixa probabilidade de doenças e de incapacidade relacionada a elas, 2) boa capacidade funcional, tanto física como cognitiva, e 3) participação ativa na comunidade.

As orientações que permeiam a ideia de envelhecimento ativo e de envelhecimento bem-sucedido contemplam a proposta do que chamamos de “qualidade de vida” que, segundo Albuquerque (2008, p. 74), “engloba o campo econômico e uma vasta lista de necessidades, recursos e valores individuais, até a consideração das preocupações, problemas e objetivos societários que conformam a política social”. “Qualidade de vida” tem sido um referencial para a avaliação dos serviços de saúde e assistência social prestados às pessoas idosas.

Em Manaus, capital do estado do Amazonas, as políticas públicas que transitam no eixo do envelhecimento bem-sucedido estão situadas entre a saúde e a assistência social, sobretudo no nível de baixa e média complexidade e proteção básica, respectivamente.

Embora consideremos importante a ampliação da oferta dos serviços de atenção voltados

à pessoa idosa na cidade de Manaus, o caráter marcante que prevalece na orientação desses serviços é norteado pelo signo da “terceira idade”, como modelo unificador de velhice, que se limita a garantir o controle de doenças e promover atividades de socialização, como se fossem suficientes para o alcance do envelhecimento bem-sucedido, sem se preocupar em atentar para outros aspectos que perpassam às reais condições de vida das pessoas idosas e que influenciam em sua qualidade de vida.

Apesar da rede de proteção estar configurada em um mesmo território de abrangência, não se percebe articulação entre as ações em uma perspectiva interdisciplinar e nem tampouco entre os serviços oferecidos no âmbito das políticas públicas na dimensão da intersectorialidade, o que se reduz à fragmentação das demandas das pessoas idosas contrariamente ao entendimento integral do sujeito como um ser biopsicossocial, que precisa de atenção complexa e em perspectiva de totalidade.

Este trabalho se propõe discutir a avaliação de seis assistentes sociais sobre os serviços oferecidos à pessoa idosa no âmbito das políticas públicas de saúde (atenção básica e média complexidade) e assistência social (proteção básica), em Manaus. A metodologia se pauta na abordagem qualitativa, pesquisa bibliográfica e de campo, com recorte espacial de duas zonas da cidade de Manaus, Norte e Oeste, onde se concentram uma Unidade Básica de Saúde (UBS), um Centro de Atendimento Integral à Melhor Idade (CAIMI) e um Centro de Convivência da Família ou do Idoso em um mesmo território de abrangência. Foram entrevistadas duas profissionais de cada instituição referida, divididas entre as duas zonas da cidade pesquisadas. A intenção consistiu em investigar de que forma UBS, CAIMI e Centro de Convivência estão em sintonia na proposição do envelhecimento bem-sucedido.

### **Velhice: desafio do século**

Tudo que é vivo envelhece. A velhice é um destino natural e inevitável aos indivíduos a não ser que se morra antes. Desde o momento da concepção no ventre materno, estamos envelhecendo e esse processo ocorre durante toda a vida. Mas, somos reconhecidos como “velhos”, ou seja, como indivíduos que atingiram

a velhice, quando o corpo emite sinais que se manifestam, sobretudo, na aparência. Além dos aspectos físicos, há marcadores socioculturais que revestem a velhice de conteúdos simbólicos que informam as ações e representações dos sujeitos (MERCADANTE, 2003).

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

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

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

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

a sensação de inutilidade, solidão, segregação familiar, dificuldades econômicas, declínio do prestígio social e mudanças de valores. Para o autor (p. 37):

Com base nestas considerações, o idoso pode ser caracterizado como: 1) uma entidade biológica que apresenta modificações orgânicas, funcionais e psicológicas que lhe são peculiares; 2) um indivíduo que estabelece relações características com seu entorno social, dependentes das modificações associadas ao processo de envelhecimento *per se*.

Se o destino natural do homem é a velhice, a não ser que morra antes, então por que essa condição humana é um desafio à humanidade? Não estamos preparados para envelhecer, sobretudo nas sociedades capitalistas ocidentais. Apesar dos avanços nas pesquisas sobre o envelhecimento humano, que consideram possível viver esse momento da vida com certo grau de autonomia e independência, a velhice ainda é encarada como sinônimo de incapacidade, como se as pessoas idosas precisassem ser tuteladas.

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

“Combater a velhice” se torna uma “escolha” do indivíduo. O mercado disponibiliza os artifícios para retardar os sinais do corpo. Mas, só é acessível a quem pode pagar, o que não é o caso da maioria das pessoas idosas que vive no Brasil, inseridas em um contexto de pobreza e exclusão social.

As pessoas idosas que podem optar por um envelhecimento mais dinâmico e ativo estão classificadas no signo da “terceira idade”. São os aposentados dinâmicos que tem condições financeiras de custear uma alimentação mais saudável e atividades de convivência e lazer. Esse modelo de velhice passa a ser o ideal uniformizante buscado para todos as pessoas idosas,

o que desconsidera a pluralidade de velhices existentes e atropela as possibilidades de escolha ao pressionar psicologicamente o sujeito para que se “enquadre” em um ideal que não corresponde aos seus anseios e necessidades. Para Fensterseifer (2009, p. 86):

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

A orientação das políticas públicas voltadas às pessoas idosas tem se sintonizado também com o ideal da velhice ativa. As políticas de saúde e de assistência social tem priorizado o autocuidado e as atividades de convivência e lazer, como formas de manutenção de uma boa capacidade física e cognitiva. Aqueles que são dependentes e/ou estão em situação de negligência e abandono ficam sob a responsabilidade da família e de instituições de longa permanência recebendo auxílio do poder público e de instituições não-governamentais.

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

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

Mas, os reflexos da política neoliberal sobre as ações do Estado no âmbito das políticas públicas e sociais tem conformado a qualidade dos serviços prestados dentro de uma lógica reiterativa dominante ao fortalecer um projeto de velhice que não corresponde à realidade da maioria dos usuários (as) dos serviços sociais.



Canôas (1983), ao analisar a condição humana do velho nas décadas de 1960 e 1970 no Brasil, período de atenção prioritária do Estado sobre a juventude e incipiente percepção do aumento de velhos no universo populacional brasileiro, explicita que os profissionais não sabiam como direcionar as suas ações junto às pessoas idosas nos serviços de convivência oferecidos pelo SESC (Serviço Social do Comércio) e nem nas instituições de longa permanência, consideradas como depositários de velhos. A falta de conhecimento sobre a velhice levava a intervenções profissionais que transitavam entre a infantilização e tentativas de planejamento sobre o que se achavam melhor para o (a) idoso (a).

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

A tendência das políticas públicas sob a égide neoliberal tem caminhado na desarticulação, fragmentação e na descontinuidade dos serviços (YAZBEK, 2009). A política de assistência social no âmbito estatal não insere profissionais por meio de concurso público<sup>1</sup>, mas sob regime de contrato temporário, o que reflete diretamente sobre o direcionamento e a qualidade das ações prestadas nos serviços de convivência para a pessoa idosa, pois pela rotatividade dos contratos de trabalho, fica difícil elaborar uma sistemática de intervenções profissionais que possibilite a continuidade das ações prestadas e o alcance de resultados efetivos, o que se reduz em ações fragmentadas, pontuais e imediatistas.

A velhice é, portanto, um desafio às profissões e aos profissionais, às famílias, às instituições governamentais e não-governamentais, a sociedade e, sobretudo, às pessoas que

envelhecem. Esse desafio está diretamente vinculado a uma cultura socialmente construída que segrega a pessoa idosa no âmbito de suas famílias, que censura moral e religiosamente seus relacionamentos afetivo-sexuais e as marginalizam economicamente com uma aposentadoria ou um benefício assistencial que não atende às suas necessidades humanas e sociais, além do desrespeito cotidiano contra seu direito de ir e vir e ser bem atendido nas instituições em que solicitam serviços.

### Políticas públicas de atenção à pessoa idosa em Manaus – AM

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

**Quadro 1 – Progressão da população acima de 60 anos, em Manaus – AM**

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

Fonte: IBGE, 2010.

Segundo Leão (2015), a rede de serviços voltada à pessoa idosa em Manaus compreende as Unidades Básicas de Saúde, sob a administração da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs), de responsabilidade do Estado. Nas UBSs do município, não há nenhum programa específico direcionado à pessoa idosa. O que se vê é a inclusão desse público no Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) junto com pessoas de várias faixas etárias. De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM), a proposta dos CAIMIs consiste em garantir o atendimento ambulatorial ao idoso, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da terceira idade e nas ações preventivas

<sup>1</sup> Refiro-me, especificamente, à Secretaria de Estado de Assistência Social do Amazonas (SEAS).

relativas às políticas de saúde desenvolvidas na área de abrangência do CAIMI, agindo com equipe multidisciplinar capacitada, objetivando maior resolutividade possível. Existem três CAIMIs em Manaus. O CAIMI é um atendimento específico ao idoso, mas também funciona porta de entrada da pessoa idosa na rede socioassistencial, ou seja, também presta atenção básica, mas específica para esse segmento social.

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

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

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

Nas Unidades de Saúde (UBSs e CAIMIs), a intervenção predominante centraliza-se no atendimento individual. No Centro de Convivência da Família, as ações são, em sua maioria, socioeducativas e de atendimentos individuais sobre o processo de envelhecimento, direitos sociais

(saúde, transporte, aposentadoria, assistência social, suporte jurídico etc.) e o aparato oferecido pelo Estado. É difícil realizar um acompanhamento pleno das demandas dos idosos, em razão do Centro de Convivência da Família demandar atenção sobre os outros públicos que frequentam o local. No Centro de Convivência específico do Idoso são oferecidas, além das atividades esportivas, oficinas, palestras e reuniões que abordam conteúdos sobre o processo de envelhecimento, direitos sociais, orientações previdenciárias e benefícios assistenciais, atividades que valorizam a trajetória de vida da pessoa idosa, sexualidade, dentre outras que promovem a sua valorização na sociedade e fomentam o protagonismo social.

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

Pellegrini e Junqueira (2005) afirmam que a prática clínica se desvincula de um entendimento mais abrangente do ser humano, pois limita o indivíduo a um conjunto de órgãos que deve estar em pleno funcionamento. Mesmo considerando a importância do cuidado com o corpo, devemos ressaltar que os agravos que acometem às pessoas idosas relacionam-se intrinsecamente com o contexto de pobreza e marginalização social desencadeado pela sociedade capitalista. Nessa ótica,

O idoso gasta muito porque, pela natureza dos agravos que o acometem nesta sociedade, utiliza com frequência recursos diagnósticos e terapêuticos de alto custo e já não é geralmente um ser produtivo. Os cuidados preventivos, atualmente em moda, como dietas, exercícios físicos, combate ao tabagismo e ao alcoolismo, entre outros, são dirigidos a cada pessoa e ignoram questões como a solidão, o isolamento, o empobrecimento afetivo, a segregação social. Portanto, como

muitas outras das medidas preconizadas por médicos (não fumar, não beber álcool, comer alimentos mais duráveis, caminhar todos os dias, medicar-se corretamente etc.) não encontram eco e se tornam inúteis, por mais corretas que sejam, se consideradas intrinsecamente. Além do mais, não tocam o cerne do problema do idoso nas sociedades ocidentais, que é a sua desvalorização como ser humano, uma vez que a sua vida já não influencia decisivamente o mercado. O culto à eterna juventude e o cuidado com o corpo tendem a excluir o idoso de forma cruel (PELLEGRINI E JUNQUEIRA, 2005, p. 380).

Os serviços de saúde propostos às pessoas idosas deveriam considerar a complexidade social que está por trás da demanda apresentada pelos sujeitos. Nesse sentido, buscar-se-ia compreender os problemas, as queixas e necessidades e estruturar respostas considerando as condições de vida dos velhos trabalhadores na sociedade capitalista. Pela natureza dos agravos que acometem as pessoas idosas, seria interessante pensar um conjunto articulado de ações que propõe a interlocução das ações da política de saúde com as demais políticas públicas, como a econômica, a agrária, de habitação, abastecimento, educação, transportes e segurança pública, indo muito além da intervenção do setor específico, cuja expressão mais comum é a relação entre profissional e paciente, através de uma consulta.

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

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

desmistificar preconceitos e estereótipos que circundam a velhice e, assim, construir novas possibilidades para reelaborar a vida.

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

### **Intersetorialidade e interdisciplinaridade no compromisso com o envelhecimento bem-sucedido**

O envelhecimento bem-sucedido se constitui em um conjunto de propostas que contemplam a integralidade na atenção à pessoa idosa, que primam pela busca da autonomia e independência na velhice<sup>2</sup>, que se propõem a instrumentalizar os sujeitos para o exercício da participação política e atuar na desconstrução de estereótipos que tolhem o exercício de direitos fundamentais das pessoas idosas.

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

A família, a sociedade e o poder público devem oferecer apoio e todas as condições necessárias para que a pessoa idosa desfrute de qualidade de vida, envolvendo-os (as) em

<sup>2</sup> Para Netto e Ponte (2005), a autonomia é a capacidade de decisão e de comando e a independência, é a capacidade de realizar algo com seus próprios meios.



processos participativos onde possam decidir o que acham melhor para si a partir de suas necessidades, na tentativa de romper com práticas tuteladoras em que se decide o que é melhor para os (as) idosos (as).

As pessoas idosas, geralmente, adentram a rede de apoio socioassistencial pela política de saúde em busca do controle de suas doenças. A maioria dos agravos que acomete a saúde das pessoas idosas está diretamente associada ao contexto de pobreza em que estão inseridos na sociedade capitalista.

Se as necessidades de saúde também são necessidades sociais, não se espera que uma política pública por si só tenha condições de dar conta da amplitude que o conceito de saúde engloba. Por isso, a política de saúde é transversal às demais políticas públicas, que devem agir de forma integrada para que atinjam a universalidade da cobertura e do atendimento.

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

A) Para a baixa probabilidade de doenças e incapacidade associada a elas, não basta apenas considerar a ausência de doenças e incapacidades, mas deve-se atentar para os fatores de risco, como obesidade, fumo, intolerância à glicose, entre outros. As doenças que os idosos manifestam estão associadas ao estilo de vida, ou seja, a fatores extrínsecos. Sendo assim, os hábitos podem ser mudados para que as doenças não atinjam estágio avançado.

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

C) A participação ativa na comunidade. Essa atividade permite que os idosos estabeleçam vínculos afetivos e emocionais com outras pessoas que estão fora de seu círculo familiar. A participação comunitária pode favorecer redes de apoio social à medida que, por meio da troca de informações, os indivíduos possam construir alternativas que atendam suas necessidades, como uma atividade produtiva.

A intersectorialidade ganha notoriedade como estratégia a ser adotada contra as formas parciais de práticas sociais no âmbito das políticas sociais. É uma forma de gestão que implica o reconhecimento dos limites institucionais e profissionais, mas também considera as potencialidades oferecidas pelo poder institucional em comunicação com outros setores como forma de articulação conjunta para o enfrentamento de problemas concretos.

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

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

A pesquisa realizada em Manaus com assistentes sociais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), nos Centros de Atendimento à Melhor Idade (CAIMIs), Centro de Convivência da Família e Centro de Convivência do Idoso mostra que as profissionais reconhecem a importância de articular parcerias entre as políticas públicas para um atendimento de qualidade na perspectiva do envelhecimento bem-sucedido.

A pessoa idosa não precisa somente de um atendimento de saúde clínica, que só cuida do corpo, mas necessita de uma atenção ampliada, que contemple o bem-estar psicológico, condições econômicas que atendam às suas necessidades, um convívio social que fortaleça redes de solidariedade mútuas, o fomento à participação política e um ambiente social que propicie a mudança cultural.

A articulação dos serviços entre as políticas públicas de saúde e assistência social pode contribuir para atingir uma perspectiva de complementaridade e integralidade nas ações. Entretanto, as assistentes sociais entrevistadas



disseram que não se consegue ir além dos encaminhamentos e das referências e contra referências, apesar das instituições estarem situadas em um mesmo território de abrangência.

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

Os relatos das assistentes sociais explicaram também a necessidade de articulação entre toda a equipe profissional e as pessoas idosas, que são protagonistas de suas próprias histórias. Mas, para falar em interdisciplinaridade nas práticas interventivas, é necessário, primeiro, fortalecer a disciplinaridade, ou seja, que cada profissional tenha clareza de suas atribuições e competências para que, depois, seja fomentado o diálogo plural respeitando as particularidades específicas de cada profissão e, posteriormente, permitindo-se à abertura aos diferentes saberes.

Em Manaus, o que se observou foi a preponderância da prática clínica, que está presente não só no consultório médico, mas que permeia a intervenção de outros profissionais que não estão no campo das ciências biológicas como, por exemplo, os (as) assistentes sociais. Essas profissionais têm reforçado as prescrições médicas através das atividades socioeducativas e no atendimento individual. Quando não, reiteram uma prática conservadora que fortalece a tutela ao querer decidir as ações que julgam apropriadas para serem desenvolvidas junto às pessoas idosas em vez de inseri-las no planejamento destas.

Essa postura denota um entendimento de velhice ligada à incapacidade. Os (as) assistentes sociais possuem um arcabouço teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político que instrumentaliza esses (as) profissionais a tecer intervenções no âmbito investigativo e interventivo

capazes de convergir na direção do empoderamento da pessoa idosa.

“Empoderar” não no sentido de “dar poder” ao outro porque reforçaríamos novamente a prática da tutela e da dominação capitalista de exclusão e/ou segmentação ao unificar todos os (as) idosos (as) no signo da “terceira idade”. Mas, no sentido de ser coparticipante de um processo que demanda a conjugação de esforços de todos no intuito de oportunizar canais de acesso, mas que elege a pessoa idosa como protagonista de sua própria história.

O empoderamento na velhice também não significa eximir a responsabilidade do Estado, da sociedade e da família e responsabilizar unicamente a pessoa idosa pelo autocuidado, o que reforçaria a ideologia individualista. Concordamos com a assertiva de Derntl e Watanabe (2004, p. 40), quando afirmam que:

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

A dimensão teleológica para uma prática transformadora implica em processos de gestão e planejamento. As rotinas de trabalho nas instituições públicas obedecem à lógica da burocratização, da quantitatividade e do imediatismo. No cotidiano de suas práticas, as assistentes

sociais entrevistadas não possuem um plano de atividades para o desenvolvimento de suas ações. Por isso, a intervenção, na maioria das vezes, recai no pragmatismo, na rotineirização e na acomodação.

O planejamento revela a orientação das ações a partir de diretrizes traçadas sob uma escolha teórico-metodológica e ético-política que envolve a atuação profissional, a articulação interdisciplinar, inclusive com a participação dos sujeitos demandantes das políticas públicas e sociais. Sem planejamento, as intervenções profissionais junto às pessoas idosas continuam a fortalecer o projeto dominante de velhice ainda que não seja compatível com a realidade da maioria dos idosos que demandam os serviços sociais.

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

### Considerações Finais

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

A falta de conhecimento sobre a velhice, em razão das incipientes sistematizações teóricas, faz com que essa condição humana a que todos (as) nós estamos destinados (as), seja um

desafio. Encará-la com o máximo de autonomia e independência demanda reforma no pensamento, na família, na sociedade e nas políticas públicas.

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

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

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

### Referências

- ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Lins de. **Envelhecimento ativo: desafio do século**. São Paulo: Andreoli, 2008.
- BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Editora: Nova Fronteira, 1990.
- BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003.
- BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/2010>. Acesso em julho de 2016.

CANÔAS, Cilene Swain. **A condição humana do velho**. São Paulo: Cortez, 1983.

DERNTL, Alice Moreira e WATANABE, Helena Akemi Wada. Promoção da Saúde. In: LITVOC, Júlio; BRITO, Francisco Carlos (orgs.). **Envelhecimento – Promoção e Prevenção da Saúde**. São Paulo. Editora Atheneu, 2004.

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

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

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

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

MERCADANTE, Elisabeth F. **Velhice: a identidade estigmatizada**. In: Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XXIV, n° 75 – setembro 2003.

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

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

NETTO, Matheus Papaléo; PONTE, José Ribeiro da. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: NETTO, Matheus Papaléo (org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo. Editora Atheneu, 2005.

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

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

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

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

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

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

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