UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

GABRIELA CRISTINA CARNEIRO VILIONE

ENTRE TRIUNFOS E DESAFIOS: OS PARADOXOS DA POLÍTICA DE ENVELHECIMENTO ATIVO E AS POSSIBILIDADES DE MATERIALIZAÇÃO FRENTE AO IDEÁRIO NEOLIBERAL

FRANCA
2016

GABRIELA CRISTINA CARNEIRO VILIONE

ENTRE TRIUNFOS E DESAFIOS:
OS PARADOXOS DA POLÍTICA DE ENVELHECIMENTO ATIVO E AS POSSIBILIDADES DE MATERIALIZAÇÃO FRENTE AO IDEÁRIO NEOLIBERAL

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: trabalho e sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Nanci Soares

FRANCA

2016

Vilione, Gabriela Cristina Carneiro.
Entre triunfos e desafios: os paradoxos da política de envelhecimento ativo e as possibilidades de materialização frente ao ideário neoliberal / Gabriela Cristina Carneiro Vilione. – Franca: [s.n.], 2016.

217 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
Orientadora: Nanci Soares

1. Serviço social com idosos. 2. Envelhecimento - Aspectos psicológicos. 3. Pós-modernismo. I. Título.

CDD – 362.8996

GABRIELA CRISTINA CARNEIRO VILIONE

ENTRE TRIUNFOS E DESAFIOS:
OS PARADOXOS DA POLÍTICA DE ENVELHECIMENTO ATIVO E AS POSSIBILIDADES DE MATERIALIZAÇÃO FRENTE AO IDEÁRIO NEOLIBERAL

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", como pré-requisito para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social: Trabalho e sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente:_____
Profa. Dra. Nanci Soares

1º Examinador:_____
Profa. Dra. Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva

2º Examinador:_____
Profa. Dra. Eneida Gonçalves de Macedo Haddad

Franca SP, ____de _____ de 2016.

DEDICO: à guia, luz e sabedoria de Deus, meu pai do céu; ao meu melhor amigo Jesus Cristo; ao meu pai da terra, Rômulo, que o SENHOR já levou e a saudade me restou; aos fortes abraços, suaves beijos e grandes encorajamentos de minha amada mãe Giselma; ao sorriso de Monalisa, minha irmãzinha querida; a toda minha iluminada família que me incentivou, e ao meu cúmplice, enamorado e marido, Júlio César, que nesta trajetória me apoiou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço: *obligatus*; *obligare; gratus; grazie; thanks!*

Agradecer: verbo transitivo que exige complemento.

Por isso meus agradecimentos aos meus complementos completos que tornaram essa jornada possível: primeiramente a DEUS, o único que de fato é conhecedor de todas as tempestades que passei para chegar até onde cheguei e quem deveras preparou todas as coisas para que eu pudesse alcançar mais esta conquista. Obrigada SENHOR por ouvir minhas orações e mandar deslumbrantes arco-íris após tempos nublados.

Agradeço também ao meu complemento pessoal, o coletivo de amor, o aglomerado de laços, e ao meu singular mais plural: minha FAMÍLIA. À minha defensora, amiga, companheira e amada MÃE, que mesmo diante das adversidades enxergou em mim um brilho que estava ofuscado, que me incentivou, praticamente de forma compulsória (rs), a tentar arriscar-me no mestrado. Àquela que viu forças onde pensei ter esvaído durante o percurso da pesquisa, àquela que acreditou quando a tênue linha entre o conseguir e o desistir quase se esgarçou no momento em que se foi uma parte de mim, em que perdi meu querido pai e *"a saudade é a nossa alma dizendo para onde ela quer voltar"* e *"o que a memória ama, fica eterno" (Rubem Alves)*. Àquela que nunca deixou de ser meu sustentáculo e que se doou inteiramente por amor a mim, que fraternamente seu colo me ofereceu e com belas e sábias palavras e gestos me fortaleceu.

Aos meus sustentáculos: minha irmãzinha compreensiva, Monalisa, que sofreu com minha ausência neste turbilhão de acontecimentos meus – mestrado; perdas; casamento; trabalho e coordenação interina – e que mesmo assim, perdoa meus egoísmos com um lindo sorriso e aquele olhar de menina que já está crescendo. Ao meu irmão Marquim, o moço mais criança e o "aborrecente" mais contente que conheço, de quem cuidei com carinho, e não acredito que você já cresceu?! Ao meu padrasto Marcus, que muitas vezes fez por mim o que talvez nem um pai faria e sempre que foi preciso "comprou minhas brigas" e esteve em minha defesa. Manifesto gratidão também aos demais amigos e familiares (em especial minhas primas Ana Flávia e Laís) que acreditaram em mim e edificaram um esteio nesta caminhada e as minhas amigas Nayara e Ana Paula. Amo todos vocês!

Ao meu porto seguro: meu "namorido", saímos da linha do namoro, não para deixarmos de sê-lo, mas para estabelecermos a aliança do amor, do compromisso de uma vida a dois, em nos tornarmos um só e para vivenciar o respeito, confiança, carinho, tolerância,

aprendizado e amor todos os dias, um do lado do outro. Obrigado por sua dedicação, sua paciência histórica em entender que a vida não é só feita de presença física, mas de muita subjetividade também envolvida. Pelo cuidado comigo, pelo auxílio e por tudo mais que nossa união tem me proporcionado. Sou muito feliz contigo e eternamente grata por seu apoio. Eu te amo!

Desejo exprimir meus mais profundos e sinceros agradecimentos à minha orientadora Profa. Dra. Nanci, que contribuiu para a construção desse projeto e à estimada banca examinadora composta por estudiosas que admiro e me espelho, além de que foram vocês que possibilitaram que esta pesquisa se materializasse. Muito obrigada!

À turma da pós-graduação, especialmente à do Mestrado em Serviço Social, com o qual convivi de 2014 à 2016 e pude estabelecer diálogos profícuos e uma relação dialógica totalmente enriquecedora.

À segunda família, a equipe do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, que além de profissionais, são pessoas incríveis que dispensaram luz, compreensão e amizade em meu caminho. Sou grata pelos momentos de "acolhida e escuta qualificada" que todas e todos carinhosamente me dirigiram. Em especial cito: Roberta Pucci (com sua preocupação e compreensão), Iara (com seus puxões de orelhas mais carinhosos da face da terra); Robertinha (com sua doçura e sensibilidade), Sandrinha (com sua disponibilidade de mãezona), Lú (com injeções de ânimo e motivação) e Margô, Néia, Samanta, Valéria e Regina, na delicadeza de se inteirarem de todo meu processo de desafios.

À velha classe-que-vive(u)-do-trabalho, que fazem e refazem sua luta diária por um lugar ao sol, por um pedaço de pão, por um lugar no chão e por uma vida justa de digna. "Uni-vos!", pois juntos somos capazes de construir outra sociedade. Aos idosos e às idosas de todo o mundo, àqueles que expressam em suas faces as marcas da alienação, exploração, fetiche e mercantilização: somos sujeitos históricos e continuaremos a construir nossa história enquanto houver um último suspiro. E à categoria profissional e sua utopia que nos faz caminhar e mover passo a passo rumo a outra sociabilidade.

Posso afirmar com todas as letras que o Mestrado foi um processo de aprendizado, em todos os sentidos: no teórico, na prática, na práxis, na vida! E que todas as mudanças e percalços atravessados, me fizeram compreender concepções, reconstruções, reflexões, enfim, *"aprendi com as primaveras a deixar-me cortar e a voltar sempre inteira" (Cecília Meireles).*

OBRIGADA!

De nuestros miedos
nacen nuestros corajes
y en nuestras dudas
viven nuestras certezas.
Los sueños anuncian
otra realidad posible
y los delirios otra razón.
En los extravios
nos esperan hallazgos,
porque es preciso perderse
para volver a encontrarse.
(Eduardo Galeano)

VILIONE, Gabriela Cristina Carneiro. **Entre triunfos e desafios:** os paradoxos da política de envelhecimento ativo e as possibilidades de materialização frente ao ideário neoliberal 2016. 217 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2016.

RESUMO

De prelúdio, a presente dissertação possui como escopo um trabalho voltado para a análise crítica do documento público "Envelhecimento Ativo: uma política de saúde", disposto pela Organização Mundial de Saúde – OMS (2005), com o objetivo de identificar as possibilidades de sua materialização para a real promoção do envelhecimento ativo na perspectiva de totalidade. Para tanto, também se analisou a releitura desta política lançada recentemente, documento intitulado como "Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à Revolução da Longevidade", organizado pelo Centro Internacional de Longevidade – ILC-Brasil (2016). O interesse pela temática é reflexo da realidade vivenciada pela prática profissional da pesquisadora na área da saúde, mas também, pelo crescimento do fenômeno complexo, contraditório e multidimensional do envelhecimento. Esta realidade se expressa pelas lutas sociais e significativas transformações na sociedade (avanços tecnológicos, avanço na medicina, maior acesso a bens e serviços, dentre outros fatores condicionantes). Assim, a longevidade enquanto conquista alcançada, paradoxalmente, representa também desafios a serem pensados, sobretudo, quando nos remetemos à velhice subalternizada dos (as) velhos (as) trabalhadores (as). Evidenciamos acerca das imagens da velhice, propaladas pelo pensamento pós-moderno, que através de pseudovalorizações da investida neoliberal possui fortes rebatimentos no significado de envelhecimento ativo e repercussões nas condições objetivas de vida da classe trabalhadora. A concepção teórico-metodológica utilizada é o materialismo histórico-dialético em Marx, por conceber o mundo como um complexo inacabado, dinâmico e contraditório e que consiste em uma análise crítica da realidade enquanto fenômenos interligados, históricos, que possuem condicionantes e são passíveis de transformação. A metodologia de pesquisa trata-se do tipo bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa. O universo da pesquisa é a política de saúde, com o Sistema Único de Saúde (SUS) em pauta, que pela sua amplitude realizou-se o recorte pela rede de Atenção Primária à Saúde (APS), pois consideramos esta a "porta-de-entrada" para a promoção do envelhecimento ativo e importante espaço sócio-ocupacional em que o Serviço Social poderá atuar no movimento contra-hegemônico junto à classe-que-vive(u)-do-trabalho. Destarte, com as problematizações sinalizadas acerca da categoria trabalho; dos estigmas referentes à velhice; a análise sociodemográfica e epidemiológica juntamente com o documento referido e demais categorias conceituais, obtivemos como resultado mediações e proposições ampliadas para se pensar o envelhecimento ativo no contexto adverso do capital, entretanto identificamos que sua materialização somente se dará com a ruptura da racionalidade burguesa através da transformação societária.

Palavras-chave: envelhecimento ativo. materialização. saúde. serviço social.

VILIONE, Gabriela Cristina Carneiro. **Between triumphs and challenges:** the paradoxes of active ageing policy and the materialization of possibilities facing the neo-liberal ideal. 2016. 217 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2016.

ABSTRACT

As prelude, the present dissertation has as scope a work facing to the critical review of the public document "Active Ageing: a health policy", prepared by the World Health Organization (WHO), in order to identify the challenges of its effectiveness in the adverse context of post-modern capital and the possibilities of materialization for the real promotion of active ageing in full perspective. The interest for the thematic is a reflection of the reality experienced by the professional practice of the researcher in health area, but also by the rapid expansion of the ageing phenomenon in almost all the world stage, as shown by the demographic and population data in recent years. The reality on screen is expressed by significant corporate changes that engender changes as the gradual reversal of the age pyramid. Thus, longevity while conquest achieved, paradoxically, also poses challenges to be thought, especially when we refer to the sub-alternated age of old people employees (women and men). The theoretical and methodological concept used is the historical-dialectical materialism in Marx, by conceiving the world as an unfinished complex, dynamic and contradictory, which consists in a critical analysis of reality while interrelated phenomena, historical, that have conditions and are likely to change. The research methodology it is the bibliographical and documentary type of qualitative approach and the seizure of data occurred through content analysis. The universe of this research is the health policy, with the *Sistema Único de Saúde (SUS)*, in question, which its amplitude was held the clipping for the network of *Atenção Primária a Saúde (APS)* consisting in *Unidade Básica de Saúde (UBSs)* e *Estratégias de Saúde da Família (ESFs)*, because we consider them "port-of-entry" to promote active ageing and important social and occupational space in which the Social Service may act and contribute, especially with regard to raising the flag struggle by the *Reforma Sanitária Brasileira - RSB.* Thus, with marked problematizations about the work category; stigmas and pseudovalorization relating to old age; socio-demographic and epidemiological analysis along with the document and the other categories of analysis, obtained as results the identification of molecular propositions and new possibilities for mediation by professional category against neo-liberal agenda present in the field of health and also in active ageing proposal it is not without contradictions inserted by the logic of capital.

Keywords: active ageing. social. service.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução da proporção de idosos e mais idosos na população brasileira por sexo – 1920-2020. 58
Figura 2 - Proporção de população idosa por sexo entre 2000-2020. 63
Figura 3 - A velocidade de envelhecimento populacional: número de anos para a população de 65 anos e mais dobrar de 7% para 14%. 77
Figura 4 - Esperança de vida ao nascer segundo indicador de cada continente – Mundo – 2010/2015. 78
Figura 5 - Projeção da razão de dependência total, de jovens e de idosos - Brasil 2030/2100. 88
Figura 6 - Distribuição etária da população por sexo relativo ao ano de 2000 92
Figura 7 - Distribuição etária da população por sexo relativo ao ano de 2035 93
Figura 8 – Envelhecimento ativo I. 157
Figura 9 – Envelhecimento ativo II. 158
Figura 10 – Envelhecimento ativo: Uma política de saúde. 159
Figura 11 – Envelhecimento ativo III. 161
Figura 12 - Os determinantes do envelhecimento ativo. 168
Figura 13 – Capa/imagem do documento "Envelhecimento Ativo". 175
Figura 14 - Os pilares do Envelhecimento Ativo. 176
Figura 15 – Envelhecimento ativo IV. 188
Figura 16 – Envelhecimento ativo V. 189
Figura 17 – Envelhecimento ativo VI. 189
Figura 18 – Envelhecimento ativo VII. 190
Figura 19 – Envelhecimento ativo VIII. 190
Figura 20 – Envelhecimento ativo IX. 191
Figura 21 – Envelhecimento ativo X. 191
Figura 22 – Envelhecimento ativo XI. 192

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da População em grandes grupos etários no Estado de São Paulo de 2000 a 2050 93

Tabela 2 – Tabela comparativa entre os documentos analisados sobre a promoção do envelhecimento ativo..... 186

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABVD	Atividade Básica da Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
CDI	Centro Dia do Idoso
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Capacidade Funcional
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CONACSB	Conselho Nacional de Agentes Comunitários de Saúde do Brasil
DNT	Doenças Não-Transmissíveis
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EA	Envelhecimento Ativo
EC	Emenda Constitucional
EI	Estatuto do Idoso
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAGG	Associação Internacional de Geriatria e Gerontologia
IAMEA	Instrumento para Avaliação Multidimensional do Envelhecimento Ativo
IBGE	Instituto Nacional de Geografia e Estatística
IDA	Integração Docente-Assistencial
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos

LOS	Lei Orgânica da Saúde
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PEI	Política Estadual do Idoso
PEP	Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSE	Proteção Social Especial
PSF	Programa de Saúde da Família
PSN	Pesquisa Nacional de Saúde
PTR	Programa de Transferência de Renda
QV	Qualidade de Vida
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **15**

INTRODUÇÃO **18**

CAPÍTULO 1 REFLEXÕES SOBRE VELHICE E ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA DE TOTALIDADE: DESMISTIFICANDO ESTIGMAS **27**

1.1 O cotidiano pós-moderno da pseudoconcreticidade **28**

1.1.1 Rompendo com estigmas e "pseudovalorizações" da investida neoliberal 32

1.1.2 A velhice das classes subalternas: e a centralidade do trabalho 40

1.1.2.1 Trabalho e ser social 44

1.1.3 Urbanização e antagonismos 50

1.1.4 Heterogeneidade e multidimensionalidade do envelhecer 55

1.1.5 "Laços rosa de um velho presente": a feminização da velhice 61

CAPÍTULO 2 CIRCUNSTANCIALIDADES HISTÓRICAS: ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA **74**

2.1 Longevidades: conquistas e desafios **75**

2.1.1 O contexto macrossocial do fenômeno envelhecimento humano 75

2.1.2 O processo de envelhecimento e velhice na sociedade brasileira 86

2.2 Aproximações com a questão Saúde **95**

2.2.1 A (des) regulamentação das Políticas Públicas: Atenção Primária à Saúde (APS) e aparatos legislativos 95

2.2.2 Saúde em tempos de reinvenção do capital: o SUS em pauta 103

2.2.3 Iatrogenia do sistema: a mercantilização da saúde 110

2.2.4 Um debate sobre Qualidade de Vida 116

2.3 Contribuições do Serviço Social em um debate dialógico e dialético 121

2.3.1 Na contracorrente: por uma saúde [ampliada] 121

2.3.2 A categoria profissional e a questão do envelhecimento humano 134

2.3.3 A dialética da práxis profissional: desvelando novas mediações 139

CAPÍTULO 3 POLÍTICA DE ENVELHECIMENTO ATIVO: DESAFIOS SOB A ÉGIDE NEOLIBERAL E AS POSSIBILIDADES DE MATERIALIZAÇÃO **148**

3.1 A não "filosofia" e sim Política de Envelhecimento Ativo: notas críticas de discussão **149**

3.1.1 Contradições da Política 149

3.2 Análise e crítica acerca do documento "Envelhecimento ativo: uma política de saúde" no contexto adverso da lógica do capital **156**

3.2.1 Entre as perdas, quais os ganhos? Condições para a materialização do envelhecimento ativo na política de saúde 192

CONSIDERAÇÕES FINAIS **198**

REFERÊNCIAS **203**

ANEXOS **215**

ANEXO A – RESPOSTA DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP **216**

ANEXO B – RESPOSTA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UNESP **217**

APRESENTAÇÃO

A temática escolhida parte da inequívoca demanda significativa e dos dados demográficos e populacionais dos últimos anos, pois a população brasileira vem sofrendo transformações aceleradas em sua configuração. Dentre estas alterações, está o seu envelhecimento populacional, muito embora, nosso enfoque não seja populacional, há que se evidenciá-lo como um dado que expressa a realidade atual.

A escolha também se deu por causa das condições de trabalho da pesquisadora, que em sua experiência como assistente social na área da saúde, integrou em 2013, a Equipe de Saúde da Família no município de Patrocínio Paulista/SP, a qual manteve contato com a Unidade Básica de Saúde (UBS) e as Estratégias de Saúde da Família (ESFs).

Durante a prática profissional observou-se de forma latente as questões de envelhecimento presente neste âmbito, no qual a maioria dos pacientes possuía idade superior a 60 anos, e desconheciam sobre a Política de Envelhecimento Ativo e demais direitos da pessoa idosa.

Tal identificação foi possível no atuar do Serviço Social nas visitas domiciliares, atendimentos particularizados e familiares, nos espaços como a Ouvidoria e grupos socioeducativos, neste caso, o grupo de capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o grupo de hipertensos e diabéticos, tanto que neste último, a maior parte dos participantes eram pessoas idosas.

Por meio desta prática profissional valido o que Paulo Freire (2014, p. 132) interpela a respeito de nossos saberes e não saberes: os conheceres, pois, “minha segurança se alicerça no saber confirmado pela própria experiência de que, se minha inconclusão, de que sou consciente, atesta, de um lado, minha ignorância, me abre, de outro, o caminho para conhecer”, portanto, a iniciativa de desvelar sobre o envelhecimento ativo em seu pilar saúde.

Justifica-se também a aproximação por este tema, pelo fato da profissional ter participado como membro do Conselho Municipal do Idoso (CMI) do município supracitado, e por um determinado momento ter assumido a presidência deste.

A conjuntura atual da pesquisadora modificou-se, devido sua convocação via concurso público para assumir a função de assistente social na Prefeitura Municipal de Franca no início de 2014, no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), equipamento da Proteção Social Especial (PSE) de média complexidade, na área de Assistência Social.

No entanto, continua engajada com as questões relacionadas à velhice, uma vez que, está como técnica de referência do serviço Centro Dia do Idoso (CDI), das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e realiza acompanhamento a este segmento por meio

dos encaminhamentos ao Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) em casos de violência ou violação de direitos.

INTRODUÇÃO

"Pergunta a cada ideia: serves a quem?"
(Bertold Brecht)

Para o desenvolvimento da pesquisa é de fundamental importância os processos metodológicos que supõem recortes epistemológicos, sem a pretensão de esgotar o tema e sim em suscitar novos debates a partir de um produto provisório.

Tanto é que de acordo com Minayo (2008, p. 17) "[...] considera-se o *Ciclo Pesquisa* como um processo de trabalho que dialeticamente termina num produto provisório e recomeça nas interrogações lançadas pela análise final."

Com relação aos procedimentos metodológicos que delinearam esta pesquisa, a concepção teórico-metodológica utilizada foi o materialismo histórico dialético com base no que foi desenvolvido por Karl Marx, por compreendermos que, com este método as relações de produção da vida material serão melhor apreendidas aos nos atentarmos as formas concretas de produção, assim como as contradições produzidas por elas.

A dialética marxista concebe o mundo como um complexo inacabado, que se constitui em processos que estão sempre em movimento, pois sua constante dinâmica, não permite que as coisas estejam prontas e acabadas de forma estática, pelo contrário, é passível de mudanças e transformações.

Também se optou por esta concepção, pela referida, fazer-se presente na formação acadêmica e postura profissional dos assistentes sociais, de acordo com o que está postulado pela Teoria Crítica, da qual se apropriou nosso Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social (PEP).

Analisamos assim, a atual situação do segmento idoso e a questão do envelhecimento, tratando-se de uma realidade complexa a luz de inúmeros preconceitos e ideologias que podem ser desmistificadas, pois assevera Minayo (2008, p. 11) que "[...] a dialética marxista abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais, que lhe atribuem significados."

A temática sobre a análise crítica do "envelhecimento ativo", com recorte na rede de Atenção Primária à Saúde – pois o Sistema Único de Saúde (SUS) é muito amplo, por isso realizamos tal delimitação, sendo que política de saúde tem a APS enquanto porta de entrada, composta geralmente pelos equipamentos de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) – envolve uma análise contextual mais ampliada, levando em consideração todos seus âmbitos, mas não sob um olhar reducionista, funcionalista ou mercadológico, o que exige uma análise sob a perspectiva de totalidade.

> A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo nas interações das partes. (KOSIK, 1976, p. 34).

Assim, por meio da categoria totalidade aliada à dialética marxista, sinalizamos que os fenômenos estão interligados, dependentes uns dos outros. Dessa forma, analisamos o contexto histórico, a mudança ininterrupta do devir (que expressa tudo que tem uma história), as construções sociais e o motivo das mesmas se encontrarem como estão atualmente.

É necessário, portanto, ter uma visão que observe a estrutura da sociedade e seus condicionantes para a compreensão da "coisa-em-si", bem como, todo o movimento por trás do fenômeno, com o intento de compreensão dos demais fenômenos circundantes.

> A dialética é o pensamento crítico que se propõe a compreender a "coisa em si" e sistematicamente se pergunta como é possível chegar à compreensão da realidade. Por isso, é o oposto da sistematização doutrinária ou da romantização das representações comuns. (KOSIK, 1976, p. 20).

Referimo-nos à dialética à luz do pensamento de Paulo Freire (2002, p. 50) ao dizer que "[...] seria impossível saber-se inacabado e não se abrir ao mundo e aos outros à procura de explicação, de respostas a múltiplas perguntas. O fechamento ao mundo e aos outros se torna transgressão ao impulso natural da incompletude."

Do mesmo modo o método desenvolvido por Marx admite a compreensão dos fenômenos sociais e segundo Behring e Boschetti (2008, p. 47) "[...] em seu complexo e contraditório processo de produção e reprodução, determinado por múltiplas causas na perspectiva de totalidade como recurso heurístico e, inseridos na totalidade concreta: a sociedade burguesa."

Por meio do método histórico-dialético, este trabalho objetiva sua análise, considerando a origem histórica dos fenômenos, procurando compreender, via pesquisa, suas raízes, consistindo através do método histórico, investigar os acontecimentos e processos para constatar a influência que os mesmos têm sobre a forma atual. "Para compreender a realidade e o significado da velhice, é, portanto, indispensável examinar qual é o lugar nela atribuídos aos velhos, qual a imagem que deles se tem em diferentes épocas e em diferentes lugares." (BEAUVOIR, 1976, p. 41).

Trata-se de pesquisa exploratória, que de acordo com Gil (2010, p. 27), possuem o escopo de propiciar maior proximidade com a problemática de forma "[...] bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fenômeno estudado."

A fonte de dados realizada se deu através da pesquisa bibliográfica e documental, de natureza qualitativa. A mesma subsidiou a fundamentação teórica do trabalho, através da consulta de livros, documentos, revistas, dissertações e teses, legislações, índices, reportagens e noticiários, entre outros meios para ampliarmos o conhecimento e obtermos informações sobre a temática do envelhecimento e velhice, especialmente no seu pilar saúde.

O universo da pesquisa é o Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente a rede de Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a saúde um dos pilares dispostos pela Política de Envelhecimento Ativo, documento de nossa análise, cujo tripé tem como base a saúde, a segurança e a participação social.

A apreensão dos dados teve como objetivo aproximações na tentativa de desvelar âmbitos acerca do processo de envelhecimento e velhice, bem como analisar criticamente o documento "Envelhecimento Ativo: uma política de saúde", disposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005. Entendendo que estas aproximações encontram-se inacabadas, por conta da constante dinamicidade do devir, incitando novas reflexões sobre o tema proposto.

A análise das informações norteou-se pela categoria central da totalidade, portanto a análise de conteúdo se aprofunda nas interpretações do contexto histórico em paralelo à conjuntura atual e o movimento do real vivenciado, com a finalidade de representar e compreender de forma íntegra e profunda os conceitos e ideologias concebidos na contraditória política a partir do referencial teórico abordado. A análise de conteúdo desenvolve críticas fundamentadas com base nas leituras, dados, preleções, enunciados e subscritos.

Os conceitos gerais de análise baseiam-se na questão do fenômeno do envelhecimento populacional na realidade micro e macro; os avanços e recuos no âmbito da Saúde; reflexões acerca do envelhecimento e velhice na dimensão populacional (dados e história), ideopolítica e cultural (estigmas e pseudovalorizações) e social (a velhice subalternizada da classe-que-vive(u)-do-trabalho, e a categoria trabalho);

Também abordamos enquanto categoria de análise, as contradições da "Política de Envelhecimento Ativo" e a investigação se há ações possíveis para sua materialização em uma crítica fundada na perspectiva de totalidade, pensando na contribuição do Serviço Social. É válido destacar que todas as categorias estão situadas e assim foram abordadas no tempo da ofensiva neoliberal com influências do pensamento pós-moderno que propõe contrarreformas estatais.

Também há preocupação com a devolutiva da pesquisa, através da produção acadêmica em artigos; socialização por meio de Oficinas, Fóruns; reuniões junto aos conselheiros e demais instâncias que propiciem o diálogo e a disseminação do tema.

Durante a construção inicial deste projeto, realizou-se uma busca por instrumentais validados para a possível aplicação na pesquisa. Deveras, encontrou-se uma vastidão de instrumentais, no entanto, identificamos a análise superficial deles.

Não viabilizamos aplicabilidade destes instrumentais, especialmente do IAMEA[1], por apresentaram cunho positivista e psicologizante, totalmente descontextualizados (não são formulados para considerar as especificidades e necessidades da realidade de cada país e região), propondo então "diagnósticos" superficiais, individualizantes e a-históricos.

A pesquisa norteou-se em preceitos éticos, mas como não houve a participação de seres humanos e o documento analisado é de domínio público, disponível na Internet pelo Ministério da Saúde, assim como também publicitado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), dessa forma, não se fez necessário a submissão do projeto à Plataforma Brasil, conforme resposta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (ANEXO A).

Neste movimento da pesquisa, fundamentamos todos os capítulos e tópicos em consonância ao Projeto Ético Político Profissional (PEP), do Serviço Social, sob o prisma de desvelar a aparência, portanto, requer apreender o movimento do real, da essência. Compreender a produção e reprodução social, considerando a atual sociabilidade e sua dimensão ideopolítica, bem como, não perder de vista que os sujeitos são ao mesmo tempo subjetividade-objetividade e indivíduo-classe.

Cabe salientar que neste trabalho, entendemos a velhice como uma construção social, mas que nesta atual sociabilidade em que impera o modo de produção e reprodução social alienante, envolto de estigmas e investidas neoliberais a todo tempo, compreendemos que esta velhice é tratada de forma dual, ambivalente e totalmente desvalorizada.

O envelhecimento e mesmo a velhice, não deve ser visto como um processo meramente natural, essencialmente casual, "[...] na medida em que está condicionada pelas relações sociais, isto é, pela estrutura de classes, que se sobrepõe aos fatores biológicos e cronológicos do envelhecimento humano." (PAIVA, 2014, p. 35).

---

[1] Instrumento para Avaliação Multidimensional do Envelhecimento Ativo (IAMEA). A abreviação utilizada foi somente para fins didáticos, a fim de facilitar a compreensão. Este instrumental permite realizar uma avaliação multidimensional dos aspectos mais representativos da Política do Envelhecimento Ativo (2005). Em seu roteiro apresentam-se sete domínios, extraídos da Política de E.A: determinantes transversais; determinantes econômicos; determinantes sociais; ambiente físico; determinantes pessoais; determinantes comportamentais; e serviços sociais e de saúde; no entanto numa análise superficial e descontextualiza.

A velhice é definida como o produto do envelhecimento, reconhecida como uma fase do indivíduo com idade avançada, um resultado do processo de envelhecimento humano, sendo uma fase específica do ciclo de vida.

Ambos os conceitos, envelhecimento e velhice, são construções sociais e assentimos com os estudos de Paiva (2014, p. 36), que eles não são uma "individualidade isolada", separada de uma totalidade, que está submetida ao sociometabolismo do capital como se "[...] a escolha 'de cada um' não estivesse condicionada, ou melhor, limitada pela realidade concreta de vida, trabalho e saúde de 'cada um'."

Refletimos ainda que "[...] a velhice não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo." (BEAUVOIR, 1976, p. 17), por isso, a análise do contexto em que a velhice está inserida, a totalidade do ser, seu tempo histórico e as condições de vida é uma condição *sine qua non.*

No que concerne à estrutura dos capítulos, o primeiro capítulo inicia com um bloco de reflexões voltadas para a velhice e o envelhecimento enquanto conceitos socialmente construídos em uma determinada sociabilidade. Diante da conjuntura de pós-modernismo que vivenciamos, enveredamos em uma análise fundamentada na Teoria Social Crítica de Marx, para entendermos o envelhecimento humano na contemporaneidade que sofre cotidianamente as investidas do sistema neoliberal à luz de estigmas e pseudovalorizações.

Prova disto são as generalizações, que polarizam a questão em, ora como uma velhice "bem-sucedida", "tempo de lazer", "melhor idade", ora como "velhice trágica", "esdrúxula", "improdutiva", "ultrapassada e doente".

Nestas reflexões, salientamos que se faz imperativo problematizarmos sobre a categoria trabalho, tendo em vista sua centralidade, pois falaremos dos velhos (as) trabalhadores (as) e do sistema de produção e reprodução social em que estamos inseridos e que formata o nosso objeto de estudo.

Neste sentido, também se fez necessário elucidar de qual velhice falamos, por isso um tópico sobre os (as) velhos (as) subalternizados (as) que fazem parte da classe-que-vive(u) – do-trabalho foi de extrema pertinência para nossa análise.

Apresentamos também quanto ao processo de urbanização que infere diretamente nas formas de envelhecer que não são homogêneas, de tal modo que também discorreremos quanto à heterogeneidade e as múltiplas dimensões do que é o envelhecer.

À vista disso, não há como eliminar neste debate a questão de gênero, pois é inequívoco que mulheres e homens não envelhecem da mesma forma em uma sociedade em que se atribui e introjeta nos sujeitos, papéis sociais assimétricos, confinando-os em redomas

diversas, fruto de um sistema de dominação-exploração de resquícios patriarcais, onde o masculino também é castrado, entretanto é a mulher a protagonista desta opressão.

Pretendemos, dessa forma, fundamentar o tema com o que Beauvoir (1976) traz dos dados de sua pesquisa com relação à decadência da velhice de mulheres, que desde os primórdios sofrem com a repugnância e misoginia, e os velhos homens que também lidam com um processo de castração e derrisão.

No Capítulo 2, as problematizações subdividem-se em dois momentos, sendo o primeiro voltado à questão do envelhecimento humano, ao situá-lo em um contexto histórico macro (o fenômeno mundial) e no micro (as particularidades de nosso país).

Neste momento, utilizamo-nos dos estudos de Camarano e Pasinato (2004) e Beauvoir (1976), que nos embasam quanto às atitudes das sociedades históricas com relação à velhice e as imagens forjadas e reforçadas em diferentes épocas, culturas e lugares pela mitologia, literatura, iconografia e tribos.

Posteriormente, abordamos aproximações com o contexto da Política de Saúde, colocando em pauta uma discussão sobre o SUS, para tanto se pretende problematizar conceitos como a qualidade de vida (QV), a proposta neoliberal de mercantilização, privatização, sucateamento da saúde, bem como os demais desafios impostos pelo sistema vigente. Fizemos uma crítica os modelos curativos, emergenciais e hospitalocêntricos em detrimento da prevenção e humanização.

Por fim, o tópico (2.3), perpassa sobre as contribuições do Serviço Social, a forma como a categoria profissional se insere neste espaço sócio-ocupacional e as mediações possíveis de se estabelecer frente ao fenômeno do envelhecimento humano.

Para fundamentar sobre o trabalho profissional no espaço da APS, argumentamos com Paiva (2014); Vasconcelos (2002); Bravo (2007 e 2013); Guerra (2014); Debert (1999); Teixeira (2008); Iamamoto (2000); Vasconcelos (2002); Lopes (2000) e Minayo (2005), entre outros (as) autores.

No Capítulo 3 apresentamos a reflexão em torno da análise da Política de "Envelhecimento Ativo" em volta de três blocos, onde salientamos uma crítica, visto que, apreendemos que a referida, não deve ser tratada como uma filosofia de vida, hipótese que identificamos que ocorre, especialmente, na área da saúde, com seus ditames de que para que se envelheça de forma "ativa" o indivíduo necessita de mudar seu "estilo de vida".

Este estilo de vida importa um modelo individualizante cheio de estigmas, da qual se pretende desmistificar e repensar tal política e sua ampliação enquanto política de direito, para

que se reconheça as condições objetivas, o contexto e a integralidade, sobretudo, da classe-que-vive(u)-do-trabalho.

Destarte, interpelaremos as contradições veladas, mas também, as possibilidades encontradas, embora não deva nelas se esgotar, ao ratificar o pensamento de Vasconcelos (2002, p. 21) que diz "[...] enfrentar os problemas cotidianos, sem perder de vista que, nesta realidade social, ainda que seja necessário enfrentar e dar respostas às questões imediatas, elas não se resolverão nesta organização social assentada na exploração do homem pelo homem."

O próximo eixo desenvolvido debruça-se em torno do documento público que expressa a Política de Envelhecimento Ativo em 2005, por intermédio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e disponível pelo Ministério da Saúde, objetivando uma análise crítica na perspectiva de totalidade no contexto ideopolítico adverso, especialmente propalado pelo pensamento pós-moderno no tempo da ofensiva neoliberal.

Por isso, reportarmo-nos ao que diz Antunes (2004); Nogueira (2004); Soares (2010); Alves (2013); Saffioti (1987, 2004); Beavoir (1996); Motta (2013); Neri (2007); Haddad, (1986, 1993); Potyara Pereira (2009); Behring; Boschetti (2008), e continuaremos com muitos dos autores supracitados nos demais capítulos.

A desfecho, nossa hipótese através do arcabouço teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político pode "(re)(des)construir" uma conclusão a partir da tese-antítese-síntese associada historicamente na tríade universalidade-singularidade-particularidade para identificação de formas de ação, transformação e resistência que podem e devem suscitar novos e amplos debates posteriores.

No que concerne aos resultados alcançados através do processo de pesquisa é inequívoco a predominância do discurso ideológico sob a égide neoliberal em todos os âmbitos da velhice e do envelhecimento, assim, corroborando para estigmas e pseudovalorizações que se fazem presente até mesmo na política de "envelhecimento ativo".

Contradições presentes também em seu pilar saúde, somado a esta dada sociabilidade, reproduz as contradições de um sistema que aliena, desarticula, fetichiza e desmobiliza. Sendo necessário, portanto, estudos aprofundados sobre a temática em tela, lutas de classes e posturas críticas com perspectiva de totalidade para desmistificações, estratégias, e reivindicações.

Acreditamos que o Projeto de Reforma Sanitária seja uma de nossas bandeiras de luta enquanto emancipação política, mas sabendo que esta deve estar atrelada a uma pauta contra-hegemônica, pois a própria nomenclatura diz "Reforma", termo que carrega o ideário neoliberal e suas contradições. Entretanto entendemos que ao iniciarmos com esta e outras

frentes de embates, caminharemos para a superação desta ordem, apenas se nestas proposituras, como o movimento sanitarista, o enfrentamento de classe estiver presente sob o prisma de outro projeto societário equânime.

Diante disto, reiteramos que os resultados alcançados não visam esgotar o tema e sim contribuir para pesquisas futuras que poderão desconstruí-la e reconstruí-la de acordo com o tempo e espaço. As reflexões poderão subsidiar e incitar outros debates, uma vez que, a temática sobre o envelhecimento ativo, ainda está aquém se comparada ao crescimento significativo deste fenômeno, que implica em novas demandas e desafios.

CAPÍTULO 1 REFLEXÕES SOBRE VELHICE E ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA DE TOTALIDADE: DESMISTIFICANDO ESTIGMAS

O objetivo teórico deste capítulo está na abordagem de um bloco de reflexões voltadas para o processo de envelhecimento e velhice que sofre cotidianamente as investidas do sistema neoliberal à luz de estigmas e pseudovalorizações disseminadas e reforçadas pelo pensamento pós-moderno.

Nestas reflexões identificamos a demasiada necessidade da problematização sobre a categoria trabalho, tendo em vista sua centralidade, sobretudo por esta "problemática social" referir-se aos velhos e velhas trabalhadores, que estão inseridos em um dado sistema de produção e reprodução social. Apresentamos de qual velhice falamos, ao debruçarmos no tópico sobre os (as) velhos (as) subalternizados (as) que fazem parte da classe-que-vive(u)–do-trabalho.

Também foi de extrema relevância para a nossa análise aferirmos sobre o fator urbanização que infere diretamente nas formas de envelhecer enquanto um dos fatores determinantes do "envelhecimento ativo". Da mesma forma o processo de envelhecimento não é homogêneo; portanto discorremos acerca das diversas velhices e da multidimensionalidade do envelhecer, que possui várias dimensões. Nessa discussão umas das dimensões abordadas também perpassa questão da feminização da velhice.

1.1 O cotidiano pós-moderno da pseudoconcreticidade

Existe uma vastidão de teorias pós-modernas, assim, lidamos com todo um campo pós-moderno que se trata de uma representação falseada da realidade, tanto que Tonet (2005) aponta que o pensamento pós-moderno não é homogêneo, mas em todas as correntes fica evidente a desvinculação com categorias da totalidade e da essência com uma concepção fragmentária da realidade.

Fundamentamo-nos primeiramente em Paulo Netto (2000), para apresentar que a pós-modernidade é um conjunto de construções ideológicas que sinaliza a existência de novos fenômenos, mais ao mesmo tempo os mistificam, porque apresentam estes fenômenos como constitutivos da realidade contemporânea, quando na verdade não são.

A disseminação do pensamento pós-moderno não é recente, mas suas novas formas o são, pois vivenciamos novos e multifacéticos fenômenos. O debate pós-moderno tem sido discursado há muito tempo, mas sua disseminação ocorre, sobretudo, por meio da ofensiva neoliberal.

> A polêmica posta pela contraposição de campos, moderno e pós-moderno, ela não é uma polêmica recente, na verdade ela recolhe tensões, linhas de força que estavam presentes na cultura ocidental eu diria a partir do fim histórico do século XIX, que como vocês sabem não é em 1900 ou 1889, mas é, sobretudo a partir de 1914, 1918. Neste sentido, não há nada de novo no debate dos pós-modernos, o que há é o rearranjo, uma nova configuração de tendências que já se manifestavam na cultura ocidental pelo menos desde 1918. (PAULO NETTO, 2000).

O pensamento pós-moderno é propalado especialmente através do "filósofo" Jean-François Liotard que questionava as narrativas modernas, e fez a discussão especialmente em sua obra chamada *A condição pós-moderna*, ao criticar os supostos metarrelatos da modernidade, e "está convencido que o pós-moderno é a expressão cultural do surgimento da sociedade pós-industrial, na qual o conhecimento tornou-se a principal força produtiva." (EVANGELISTA, 2006, p. 275).

Todavia, este conhecimento a qual faz apologia transformou-se em valor de troca, subordinado as leis do mercado e o pós-moderno vai fundando-se com o triunfo neoliberal a partir de 1970. Assim também "A contracultura e a contestação dos movimentos sociais do final dos anos 60 foram os precursores políticos e culturais do pós-modernismo." (EVANGELISTA, 2006, p. 274).

De modo geral, os pós-modernos se contrapõem as categorias, até então universais do pensamento moderno, subvertendo-as, questionando a Ciência Moderna para afirmar seu relativismo. "O pós-modernismo busca legitimar-se através da rejeição das formas intelectuais modernas, em que algumas categorias – tais como sujeito, razão, progresso, ciência, verdade, história, etc. - ocupam uma posição axial." (EVANGELISTA, 2006, p. 275), e mais adiante este autor em menção completa que o alvo da crítica pós-moderna é, grosso modo, a crítica ao marxismo e a esquerda socialista.

Na década de 1970, em uma breve retomada histórica, o mundo vivencia a eclosão da crise geral do capitalismo, crise de superprodução que, por conseguinte, o modo de produção decai e se enfraquece, assim precisa criar novas formas de acumulação, valorização e reprodução ampliadas.

Dessa forma, acontece o chamamento do Estado para buscar novos padrões de acumulação compatíveis à nova ordem, caracterizada pela reestruturação produtiva para dar respostas às recessões, estagnações e tensões criadas pelo próprio sistema e tais "[...] crises irrompem repetidamente em torno da urbanização, tanto local como globalmente." (HARVEY, 2012, p.88) e por isso retratamos a questão da urbanização ainda neste capítulo da dissertação.

O capital faz então a substituição do regime fordista-toyotista, para uma máxima introdução de tecnologia para "flexibilizar" a rigidez dos métodos anteriores. Com a globalização, inovações tecnológicas, a monopolização e a mundialização da economia acarretou-se fortes impactos como a intensificação da divisão sociotécnica do trabalho e sua precarização. Houve um exponencial crescimento do pauperismo, da exclusão social e do fortalecimento do capital para extrair mais-valia absoluta e relativa.

Contudo, para a "liberdade" de comércio, bem como ter o mercado como seu próprio regulador para legitimar a mundialização do capitalismo, havia a necessidade dos ideólogos conservadores demonstrarem a inviabilidade prática da intervenção estatal na economia, pretendendo consolidar um Estado mínimo para a classe trabalhadora, porém máximo ao capital (PAULO NETTO, 2000).

Assim, concordamos com a análise de Evangelista (2006, p. 273) quando aponta:

> O mundo assumiu, aos poucos, o formato de um sistema descentrado, através do qual circulavam em caráter permanente fluxos de informação e de capital, instaurando-se uma nova percepção da relação espaço-tempo. Na modernidade, até então, o tempo subordinara o espaço. A contemporaneidade, contudo, impôs a inversão dessas relações com a supremacia da espacialidade sobre a temporalidade.

Mesmo que não seja assunto recente, Paulo Netto (2000) considera que o irracionalismo pós-moderno do século XIX não se traduz da mesma forma que nos dias atuais, mas sempre se questiona a modernidade, "[...] essa tradição irracionalista que põe em questão a modernidade sempre esteve muito associada a tendências políticas regressistas, restauradoras, ou às vezes claramente fascistas."

Paulo Netto (2000) continua a discorrer que "[...] esta entificação e substancialização da razão faz desaparecer a tessitura econômico-política e sociocultural, para a tessitura da constituição do mundo burguês."

Portanto, podemos aferir que a noção de espaço e de tempo, a simultaneidade do cotidiano, os impactos da revolução da microinformática e o novo regime de acumulação flexível do capital mudaram e:

> Estão produzindo fenômenos e sequelas sociais que são indubitavelmente novos, neste sentido, o mundo do qual nós vivemos, é um mundo que não pode ser sumariamente comparado ao mundo do capitalismo posterior ao da Segunda Guerra, aos anos dourados e nem mesmo ao período de 1970. (PAULO NETTO, 2000).

Jameson (1996 apud EVANGELISTA, 2006, p. 278), atribui ao pós-modernismo a "[...] lógica cultural do capitalismo avançado ou tardio", ao inaugurar a superficialidade e

enfraquecer a historicidade. Destarte, o "O pós-modernismo opera como uma interface cultural que possui uma afinidade estrutural com a hegemonia neoliberal na economia e na política do capitalismo mundializado."

Nesta pesquisa, identificamos que o pensamento pós-moderno em nome da "razão", de modo irracional reinventa as investidas do capital, de diversas formas e a todo tempo. E no século XXI apresenta-se a favor da racionalidade formal-abstrata instrumental e manipulatória que se funda na homogeneização, padronização e reificação da vida, ao se contradizer a razão ontológica e dialética que acreditamos.

Referimos à ontologia de caráter histórico-social e não de caráter físico, pois tem o trabalho como fundamento ontológico. A razão ontológica tem como uma das formas de racionalidade que parte do princípio de uma teoria geral do ser social. Razão posta pelo mundo do trabalho, mas o trabalho enquanto atividade criadora e potencializadora, ou seja, que se opõe ao capital.

Pondera-se, então, como fundamento ontológico do ser social o trabalho – entendido como síntese de teleologia e realidade objetiva e como atividade de transformação da natureza para a produção de valores de uso – Marx constata que este – o ser social – se caracteriza por ser uma totalidade, isto é, um conjunto de partes que se vão constituindo em determinação recíproca, mas cuja matriz fundante é o trabalho (TONET, 2006, p. 3).

O que os pós-modernos colocam em questão, de acordo com Paulo Netto (2000), é razão da modernidade anterior, o projeto iluminista[2], a proposta de um mundo mais humano a partir do momento em que o acontecimento epistemológico se esboça numa nova compreensão do homem.

A defesa intransigente estabelecida pelos pós-modernos é a de um mundo natural e social tal como ele é em sua legalidade e, analisam o sujeito de forma isolada, deste modo, há a subsunção do mundo mais humano, para o mundo do mais mercado, prevalecendo a produção material capitalista.

> Há uma sensação cada vez mais palpável e mais disseminada de irrealidade, de vazio e de confusão. A razão humana é desafiada pelo avanço de processos imateriais e pela constituição de novas esferas de existência virtuais, que se sobrepõem à realidade objetiva. [...] Tudo parece sofrer a influência da efemeridade, da fragmentação, da indeterminação, da descontinuidade, do ecletismo e da heterogeneidade [...] Seu florescer exige a existência de uma indústria cultural desenvolvida, tendo à frente os meios eletrônicos audiovisuais, responsáveis pela midiatização da cultura [...] O pós-

[2] Conforme Paulo Netto (2000) a projeto iluminista se dá enquanto uma concepção filosófica que se dizia guiada pelas "luzes" da razão, por meio do conhecimento racional crítico e da cientificidade, segundo tal concepção o homem se emanciparia a partir da desmistificação de dogmas e de superstições, promovendo assim o seu progresso em todos os âmbitos ao romper com o teocentrismo para o antropocentrismo.

> modernismo pode se manifestar como cultura pós-moderna e/ou como pensamento pós-moderno. (EVANGELISTA, 2006, p. 272).

O pós-modernismo atrela-se a indústria cultural, discussão também pertinente para se compreender os estigmas e pseudovalorizações por ela influenciadas com relação às percepções que se tem da velhice sob a égide neoliberal, para então compreendermos o nosso objeto de estudo: a possível materialização da Política de "Envelhecimento Ativo".

1.1.1 Rompendo com estigmas e "pseudovalorizações" da investida neoliberal

> *"[...] romper com o senso comum conservador, mistificado e mistificador, não para criar uma forma autônoma e isolada de conhecimento superior, mas para se transformar a si mesmo num senso comum novo e emancipatório."*
> *(SANTOS, 1996).*

A pseudoconcreticidade que vivenciamos pode ser esclarecida pelo que diz Kosik (1976) ao apontar que vivemos no mundo contemporâneo do claro-escuro da verdade-engano, onde a essência da coisa-em-si é fetichizada para a mera aparência, encoberta por redomas do capital, que nos impedem de perceber o real significado da centralidade do trabalho, do significado da vida, da *eudaimonia*[3].

Assim, "[...] tudo é cada vez mais mercantilizável, inclusive os males que o próprio capitalismo produz" (SANTOS, J. S., 2007, p. 29). Para tanto, mantém-se o mundo das aparências no qual o cotidiano com o pensamento pós-moderno se funda na superficialidade, na imediaticidade, bem como em se estabelecer padrões, rótulos, estigmas, estereótipos e pseudovalorizações.

As chamadas pseudovalorizações são as classificações extremas, radicais e carregadas de paradigmas. Também se caracteriza por superdimensionar dualismos, no caso da velhice, polariza-se ora caracterizando-a em velhice trágica, ora em velhice bem-sucedida. Representa a ambivalência radicalizada que camufla a velhice que então se reveste de estigmas, falácias e rotulações.

> O complexo dos fenômenos que povoam o ambiente cotidiano e a atmosfera comum da vida humana, que, com a sua regularidade, imediatismo e evidência, penetram na consciência dos indivíduos agentes, assumindo um aspecto independente e natural, constitui o mundo da pseudoconcreticidade. (KOSIK, 1976, p. 11).

---

[3] "Eudaimonia é uma palavra grega geralmente traduzida como felicidade ou bem-estar; no entanto, "florescimento humano" tem sido proposta como uma tradução mais precisa. Etimologicamente, consiste nas palavras 'eu' (bom) e 'daimon' (espírito)." (WILL, 2014).

A pseudovalorização no mundo da pseudoconcreticidade carrega em si dualidades, pois ao mesmo tempo em que supervaloriza a "idade do lazer" – sobretudo mediada pela mercadoria, pelo poder de compra – também acusa a idade da decrepitude a "idade da espera da morte", "incapacidade-inutilidade". Para Teixeira (2008) ela transporta a ideologia dominante, posto que sua produção é a valorização do capital, e não a satisfação de necessidades humano-sociais.

Ideologia são concepções que formulam sistemas de ideias, pensamentos, doutrinas através de um determinado ponto de vista podem explicar ou dissimular a realidade social. A ideologia do capital representa as construções da burguesia para sua legitimar sua hegemonia.

Para Karl Marx e Friedrich Engels (1996, p. 43), a ideologia dominante refere-se ao "[...] conjunto de ideias que procura ocultar a sua própria origem nos interesses sociais de um grupo particular da sociedade." Os autores concebem a referida como uma consciência falsa, proveniente da divisão do trabalho manual e intelectual.

> As ideias da classe dominante são, em cada época, as ideias dominantes, isto é, a classe que é a força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, a força espiritual dominante. A classe que tem à sua disposição os meios de produção material dispõe, ao mesmo tempo, dos meios de produção espiritual, o que faz com que a ela sejam submetidas, ao mesmo tempo e em média, as ideias daqueles aos quais faltam os meios de produção espiritual. As ideias dominantes nada mais são do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, as relações materiais dominantes concebidas como ideias; portanto, a expressão das relações que tornam uma classe a classe dominante; portanto, as ideias de sua dominação. (MARX; ENGELS, 1846, p. 72).

Dessa forma, a classe que domina economicamente também é a classe que domina ideologicamente/espiritualmente e que cria mecanismos de condução onde somos imbuídos através da cotidianidade com a finalidade máxima de remodelar hábitos, ideologias, corpos e crenças, ou seja, é um processo de reificação do ser humano, que tem então sua subjetividade e objetividade sob o total controle das relações capitalistas.

Minayo (2005, p. 14) argumenta que "[...] na cotidianidade, as marcas estruturais são a base naturalizada de atualização das várias formas de violência que se expressam entre e intraclasses e segmentos sociais [...] as discriminações e os estereótipos que mantêm a violência."

> O cotidiano é um dos níveis constitutivos da história: aquele em que a reprodução social se realiza pela própria reprodução dos indivíduos. A reprodução de cada indivíduo termina por implicar na reprodução indireta da sociedade. "Não há sociedade sem cotidianidade, não há homem sem vida cotidiana. Enquanto espaço-tempo de constituição, produção e reprodução do ser social, a vida cotidiana é

> ineliminável". Em cada sociedade, a cotidianidade tem uma estrutura distinta, o que afetará diferenciadamente o âmbito, o ritmo, as regularidades e os comportamentos dos diversos sujeitos coletivos na vida cotidiana. (JOSÉ PAULO NETO; FALCÃO 1987, p. 65 apud EVANGELISTA, 1997, p. 54-55).

Tais padrões de investidas neoliberais são sutilmente engessados, mas paradoxalmente escancarados em todos os âmbitos da vida. São impostos com o intento de mutilar as várias dimensões da vida do ser social, objetivando sua alienação.

A alienação é a mola propulsora do capital, sua condição *sine qua non.* Para manter seu *status quo* o sistema precisa da chamada "mão-de-obra" e não seres pensantes – a não ser, mentes qualificadas pra pensar em seu *marketing*, *business*, *briefing* e ser o chamado empreendedor.

Todavia, não é interessante educar uma população para questionar e criticar, pois assim, se cria a "pedagogia da libertação" que ameaçará todo o sistema, que irá controlar o que não é de interesse público, que irá movimentar, reivindicar, refletir e transformar.

Portanto, a premissa de que todas as dimensões da vida do ser humano estão carregadas de pseudovalorizações está correta. Esta coisificação das relações mediadas, na roupagem do *"neo"* está revestida atualmente pela indústria cultural pós-moderna.

A indústria cultural é um termo empregado por Adorno e Horkheimer (1985), com o objetivo de caracterizar o processo de mercantilização das formas culturais, uma vez que, o racionalismo mercantil preside a *indústria cultural*. Esta, por sua vez, exerce um poder de controle sobre a conscientização individual e coletiva.

A ideologia mercantil neoliberal está fortemente presente no plano midiático, nos meios de comunicação de massa. A imagem que se tem do velho na TV[4] – instrumento de manipulação na maior parte do tempo, que com seu halo de sedução e diversão obstaculiza o senso crítico – por exemplo, é o avô, aposentado, bonzinho, quase uma criança velha, pois "[...] os preconceitos são nutridos, alimentados, cotidianamente, pelos meios de comunicação de massa, cujo controle é obtido pelos poderosos." (SAFFIOTI, 1987, p. 30).

> Possuímos maiores e melhores instrumentos de informação e expressão, ao mesmo tempo que o poder da mídia, da produção simbólica e da manipulação do imaginário se expandiram de maneira incontrolável. [...] A sociedade que parece segmentar em incontáveis formas de vida localizada, vive o fenômeno da globalização, assim como paralelamente à exaltação da subjetividade e da singularidade formam-se

[4] De acordo com Debert (2003), a televisão é um dos temas mais estudados pelos cientistas sociais do Brasil e de outros países, dos quais se interessam em compreender a realidade e a cultura nacional. Cerca de 95% da população tem acesso à televisão, 87,7% das casas têm pelo menos um televisor e aproximadamente 45% delas têm mais de um aparelho. Trata-se, assim, de um objeto que está mais presente nos domicílios brasileiros do que a geladeira.

> imensas massas de excluídos e de desenraizados. (SEMERANO, 2001 apud LUIZ, 2013, p. 93).

Dessa massa de excluídos e desenraizados sua maior parte tem como integrante a classe-que-vive(u)-do trabalho, sim, a que "viveu", pois agora está alijada do trabalho. O segmento idoso não se insere nem no exército industrial de reserva, enfim, está classificada como inútil e onerosa.

Nogueira (2004, p. 14), completa que "[...] vivemos em um mundo repleto de sinais contraditórios, que nos ofuscam e confundem. A intensa e quase invencível manifestação do desejo de liberdade extrema, igualdade e justiça convive com atitudes carregadas de conservadorismo grosseiro, receoso, regressista."

Assentimos com Nogueira, ao passo que a imagem que se tem da pessoa idosa está introjetada de contradições reais, uma vez é aquela que possui experiência, sabedoria e é ativa, na outra é o "gagá", ultrapassado e incapaz, um dualismo sem fim. Mesmo que em determinadas vezes, não seja apontada diretamente o negativismo e o conservadorismo grosseiro, o sistema o faz de forma inversa, ou seja, através da exaltação da juventude. Logo, uma vez exaltada a juventude, o antônimo então seria: a inferiorização da velhice.

Assinalamos que por meio do pensamento pós-moderno se intensifica a desvalorização da velhice e fundamenta-se a cultuação da juventude, tanto que, completamos com Paiva (2014, p. 143), que a sociedade capitalista "[...] além de preconizar um tributo à juventude, mas à juventude que exerce sua capacidade funcional ao sistema do capital, são criadas formas de menosprezar e desvalorizar a velhice; ou mesmo de enaltecê-la, recorrendo a apelos do tipo 'velho jovem', negando a velhice."

Sublinhamos que a pós-modernidade, mesmo em suas variadas correntes, afirma o projeto hegemônico ideo-cultural da lógica do capitalismo ao contradizer o "[...] projeto civilizatório moderno devido a sua incompatibilidade histórica cada vez mais evidente com os valores centrais constitutivos desse projeto." (SANTOS, 2007, J. S., p. 32).

Ao mesmo tempo em que, o pensamento pós-moderno segue contradizendo e negando a modernidade, ele a reforça com roupagens novas, porém de modo rechaçado e subvertido. O projeto moderno, embora tenha dado sua contribuição naquele dado momento histórico, especificamente com relação aos princípios que se aproximavam de outra visão de mundo, com a emancipação política, com o socialismo, também teve seus "desvirtuamentos", por estar situado sob a égide do capital.

> O pensamento pós-moderno, com sua defesa de um pluralismo de jogos de linguagem que impossibilita ir além de consensos locai s e temporais, não permite dispor de critério algum para discernir as injustiças sociais. Nos deixa à mercê do *status quo*, encerrados no existente e sem possibilidades de uma crítica sócio-política racional. Tal pensamento, ainda que se proponha ao contrário, termina não oferecendo apoio à democracia e sendo um apoio às injustiças vigentes. Merece, portanto, ser denominado conservador ou neoconservador ou, ao menos, ser suspeito de realizar tais funções. (MARDONES, p. 38, 1994 apud SANTOS, 2007, J. S., p. 42).

Em ressalva ao que a citação coloca "ainda que se proponha ao contrário" evidenciamos o paradoxo, a contradição, a ambivalência deste projeto (neo) conservador – o conservadorismo que se reveste de uma roupagem nova com os mesmos meios e fins – que se reveste de fins maravilhosos, porém com meios perversos.

E obviamente que se fosse declarado o "desencantamento do mundo" sem objetivos ou então rumo ao pauperismo e dominação, não teria tantos adeptos que os reproduziriam tão naturalmente na própria classe dominada.

Afinal, Paulo Freire nos fala que o sonho do "oprimido é ser o opressor" e Yasbek (2014, p. 685) complementa que "[...] historicamente, os subalternizados vêm construindo seus projetos com base em interesses que não são seus, mas que lhe são inculcados como seus", a isto se denomina a introjeção da ideologia dominante também para as classes subalternizadas.

Claro que este sonho também é conduzido pelo pós-modernismo que em nome da "razão" incita à superficialidade, o individualismo, a culpabilização, o funcionalismo, a produtividade, a meritocracia e da concorrência da qual lhes são interessantes, descartando de seu sistema os improdutivos, incapacitados, desqualificados.

De acordo com Soares (2010, p. 27) a Razão passa a ser instrumentalizada pelos interesses da burguesia, esta abandona a preocupação pela verdade concreta visando legitimar a "organização dos diversos espaços da vida social, seja no âmbito da produção, mas também da reprodução social, dentre estes o Estado e as políticas sociais e, mais especificamente, a política de saúde", esta racionalidade presente na saúde veremos mais adiante.

Guerra (2014) também nos fala da razão-formal-abstrata que a retórica da pós-modernidade propõe onde:

> O pensamento burguês, por seu agnosticismo, ou seja, por não reconhecer a existência de uma essência histórico-concreta e situada historicamente, se manifesta em orientações racionalistas formais, irracionalistas, objetivistas, subjetivistas, positivistas, existencialistas e pragmáticas [...] reduz a práxis a um conjunto de regras formais, burocráticas e manipulatórias, baseadas na objetividade econômico-social que desconsidera solenemente o protagonismo dos sujeitos. (GUERRA, 2014, p. 29).

Ainda em menção à mesma autora, salientamos que a pós-modernidade em sua constituição e enquanto constitutiva e constituinte do capital neoirracional, neoliberal, neopositivista e neofuncionalista não conseguem explicar a realidade como ela é, não podem, não é interessante.

Dessa forma, juntamente com outras estruturas de alienação e fetiche – Estado, Indústria Cultural – não conseguem ir além de uma "[...] explicação mistificada e mistificadora da realidade, porque partem de uma realidade de 'segunda mão' que é, no mínimo, forjada, idealizada, simulada, fragmentada." (GUERRA, 2014, p. 118).

Alienação e fetiche, embora com similaridades, não devem ser julgadas por idênticas. Paulo Netto (1981, p. 74-75) discorre que por alienação se entende a ausência de reconhecimento ou capacidade de discernir o efeito de sua própria ação e intervenção que lhe parece alheio e resulta em estranhamento. Assim, a alienação é "[...] processo pelo qual os sujeitos se desapossam de si e de sua atividade criadora na medida em que não conseguem captar as mediações sociais que os vinculam a vida social em seu conjunto e dinamismo."

Quanto ao fetichismo, o autor expressa que o mesmo está interligado com a alienação, pois "[...] o fetichismo implica a alienação [...] o que ele instaura é uma forma *nova e inédita* que a alienação adquire em uma sociedade *burguesa constituída.*" (PAULO NETTO, 1981, p. 76).

O fetiche simula uma consciência manipulatória para a massificação ideológica do consumismo, poder que a mercadoria exerce sobre o as pessoas e coisifica suas relações.

Esta racionalidade formal-abstrata é totalmente oposta à totalidade, à racionalidade dialética que se funda no humanismo, historicismo e crítica analisada por Marx, onde a humanidade dignamente escolhe e interfere na realidade por meio do conhecimento, da razão ontológica e da práxis libertadora.

A perspectiva de totalidade está interligada à categoria ontológica, na dinamicidade da realidade em que o concreto, a essência, a dialética e o real não permanecem da mesma forma, não é homogêneo, possuem elementos contraditórios e complexos, sobretudo, porque neles estão imbricados processos, movimentos, história em que é preciso ir das partes para o todo e do todo para as partes.

Concordamos que "[...] a categoria totalidade tem, como corolário, a da historicidade" (BRAVO, 2007, p. 31), e completamos que se trata de uma categoria crítica e de perspectiva aprofundada nos fenômenos sociais a fim de conhecê-los, não isoladamente, mas apreendendo o movimento da realidade como um todo; as relações sociais e a sociabilidade existente.

> A totalidade social é extremamente complexa e as relações que envolve não são unilineares. É importante, ao analisar as questões colocadas, visualizá-las como totalidades concretas que se articulam com totalidades mais amplas e abrangentes. Essas totalidades estão em movimento e este é determinado por um jogo de forças, no qual há vetores que tendem a manter a configuração dos fenômenos ou tendem a desestruturá-los, transformá-los. (BRAVO, 2007, p. 30-31).

Um olhar que ultrapasse o pensamento pós-moderno e as reinvenções de uma conjuntura ideopolítica adversa requer uma visão de totalidade.

Isto posto, o pensamento propalado pela pós-modernidade segundo Debert (1999), opera na construção do curso da vida em nome de um estilo unitário, como uma estetização da vida, portanto no que concerne ao envelhecimento, faz defesa a promessa de uma eterna e nova juventude homogênea.

Essa mesma autora, analisa a velhice e o envelhecimento, que completamos ser carregados de pseudovalorizações, concebendo-os sobre duas perspectivas, sendo a "perspectiva da miséria" *versus* "perspectiva da fonte de recursos".

A primeira faz apologia aos estereótipos de abandono e solidão, assimilando a pessoa idosa à situação de decrepitude em um estigma de negativismo e pessimismo. A outra destaca o envelhecimento bem-sucedido, com receitas e estilos de vida moldados, referindo-se apenas ao segmento idoso ativo.

Estas perspectivas são instigadas pela indústria cultural que dissemina os estigmas não só da velhice, como também de gênero, classe e tantos outros, porém aqui nos atemos a esta questão por se tratar da temática delineada.

Em outras palavras, ela promove o "emburrecimento humano" engendrando uma cultura de conteúdos vazios, carregados de inutilidade, que somente minimizam o intelecto de seus consumidores, e sua massificação extirpa a criticidade, pois "[...] a realidade converte-se em aparência e a aparência em realidade." (ADORNO; HORKHEIMER, 1985).

Acordamos com que o Saffioti (1897, p. 40) sinaliza "[...] o estereótipo funciona como uma máscara. [...]" e é necessário para legitimar as propostas do ideário neoliberal. O que vemos na contemporaneidade são estas máscaras oscilando entre a velhice escancaradamente ultrapassada, inútil e que almeja a juventude através de receitas prontas, ou então, a velhice bem-sucedida, como se todos tivessem as mesmas oportunidades e condições.

Estigmas e estereótipos deturpam a realidade, desmobilizam as lutas de classe e o sentimento de pertença de classe, sobretudo ao direcionar que os demais segmentos (infância, adolescência e adultos) não se identifiquem com o segmento idoso, mais uma vez segregado de tudo e de todos, o que contribui com a manifestação de preconceitos e discriminações.

Os próprios termos designados a velhice são eufemismos preconceituosos, como terceira idade e melhor idade. A velhice, por ser vista sempre como a do outro – como se o envelhecimento não fosse constante e algo comum a todos – é trágica, causa espanto, inaceitação, e o termo velho é visto como ofensa, desagradável, sendo que apenas se deriva do processo de velhice, processo este que modifica a relação do ser social com o inexorável tempo, por conseguinte, o velho é o sujeito da velhice.

Quanto a esta discriminação Paiva (2014, p. 142) argumenta claramente que:

> Neste sentido, o envelhecimento, longe de ser um processo multidimensional; a velhice, longe de ser a fase que completa o curso de vida humana; e o homem velho, a mulher velha, longe de serem indivíduos que viveram muito tempo, são conceitos que traduzem sistemas de ideias e (des) valores que elegem a juventude como uma fase que, na contemporaneidade, será apartada do curso de vida para representar um ideal a ser alcançado, independente da idade de quem o tente alcançar.

Corrobora-se, portanto, com o pressuposto de Teixeira (2008), ao considerar que o sistema superdimensiona esta etapa da vida, atribuindo-lhes estigmas, ora totalmente negativos, ora uma visão romanceada promovida por *experts* da área e reforçada pelo plano midiático sob o prisma de uma *nova gestão da velhice* como se fosse apenas tempo de lazer e realizações pessoais.

Ou seja, caracteriza o modo de envelhecer como responsabilidade individual, como se todos fosses providos das mesmas condições e oportunidades. “A visão tradicional do idoso como alguém inútil, isolado, em declínio biológico e mental, marcado por um tempo linear, com problemas de saúde, e na maioria das vezes, dependente física e emocionalmente de alguém, ainda prevalece.” (LIMA, M. P., 2000, p. 21).

> Todavia, essas tentativas de negação dos estereótipos tradicionais atribuídos à velhice, são tão maléficas quanto as primeiras, que marginalizam e excluem, e suas causas são as mesmas, as relações de produção e reprodução sob o jugo do capital e sua lógica de desvalorização do ser humano e de suas necessidades e qualidades, que só lhe interessa como força produtiva ou como consumidor. Além das tentativas em homogeneizar a compreensão de experiências de envelhecimento, desconsiderando as diferenças de classes, etnia, gênero, dentre outras [...]. (TEIXEIRA, 2008, p. 112).

A autora assevera que tanto a desvalorização social, quanto as pseudovalorizações servem à lógica expansionista do capital. Ademais, denomina a isto, uma “[...] transmutação de problemas sociais em problema individual, típicas da pedagogia do saber envelhecer com qualidade de vida, adotando mudanças no estilo de vida.” (TEIXEIRA, 2009, p. 71).

Como veremos adiante, no processo desta pesquisa foi possível analisar esta mesma lógica pela autora supracitada, lógica capitalista pseudovalorativa imbuída nas políticas sociais, especificamente na Política denominada para o "envelhecimento ativo" que, parte de conceitos superficiais onde se atribui "viver mais" à adoção de melhores "estilos de vida". Sob qual estilo? Estilos padronizados pelo pensamento pós-moderno, impregnados pela indústria cultural, e à velhice subalternizada se atribui a responsabilização individual, justamente disseminando a "reprivatização[5]" da velhice com a "transmutação" dos problemas para o âmbito individual e familiar.

Assim, a população idosa ainda não é percebida em sua integralidade e suas especificidades, ao passo que é considerada uma população homogênea.

Conforme assevera Souza (2003, p. 15), é necessário ir "[...] trabalhando o idoso na sua particularidade e singularidade, levando em consideração que ele é parcela de uma totalidade que é complexa e contraditória."

A idade estigmatizada da velhice ocorre como se fosse pré-moldada, contudo, é heterogênea e não está associada às patologias, declínios e/ou fraquezas do organismo como fazem alusão algumas teorias e como vimos, a história reforça.

Ela é vivenciada de modo particular e único, no entanto com determinações que as condicionam de forma coletiva, como se pensarmos na velhice marginalizada de velhos pobres da classe-que-vive(u)-do-trabalho[6].

Diante desta multidimensionalidade, que no próximo tópico fizemos o recorte da velhice pauperizada frente ao contexto de metamorfoses do trabalho.

1.1.2 A velhice das classes subalternas: e a centralidade do trabalho

Indagamos então, até que ponto o país está preparado para acolher a população envelhecida e se haverá o suporte e amparo adequado para fornecer a população idosa que fora excluída do contingente produtivo e até mesmo da sociedade, influenciada pela ideologia de velhice arraigada de hostilidade.

---

[5] Termo utilizado por Debert (1999) para mostrar que a velhice tem sido tratada como questão privada, no sentido de desresponsabilização estatal, para a responsabilização do indivíduo e de sua família que não foram "capazes" de proporcionar a si mesmo ou ao familiar uma velhice autônoma. Parte de uma estratégia do capital de culpabilização e redução de gastos sociais.

[6] Nos referimos em todo o trabalho a classe trabalhadora, chamada por Antunes (1999) como um coletivo, todas as palavras juntas em uma mesma palavra hifenizada (com hífens), sendo a classe-que-vive-do-trabalho, adotamos este termo, mas acrescentamos o "u", assim leia-se "a classe que vive/viveu do trabalho", com o objetivo de contemplar a velha classe trabalhadora no sentido de "viveu", porque agora está alijada do mundo do trabalho, pois aos olhos do capital é considerada improdutiva.

Neste ponto, o Brasil, como país em desenvolvimento, apresentava até pouco tempo atrás um quadro avançado e tanto favorável para fornecer o amparo e anteparo mínimo necessário à população idosa, pois estava no ranking de 7ª maior economia do mundo, de acordo com dados de 2012.

Contraditoriamente, no índice de Gini[7] que avalia as desigualdades, se encontra em um patamar oposto à sua economia, segundo informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), divulgada pelo IBGE (2014), o índice de Gini no Brasil no ano de 2013, era de 0,49, ou seja, o modo de produção inerente ao sistema capitalista em que vivemos não está "repartindo o bolo", muito menos para aqueles que não fazem mais parte do exército produtivo.

Além disso, atualmente o país vem sofrendo as consequências insanas de uma das crises cíclicas do sistema capitalista, tentando se reerguer ao sobrecarregar o elo mais "frágil", a classe trabalhadora, desmobilizando-a e despolitizando-a.

Investe-se em filantropias, reprivatizações, cortes sociais e no pós-modernismo radical de individualismo burguês com discursos carregados de falácias, coações e manipulações e retrocessos mantém sua hegemonia, com medidas tais como a PEC 241/2016 que institui o congelamento investimentos públicos para os próximos 20, enquanto o *laissez faire* se mantém.

Em suma, com o impeachment da presidenta Dilma Rousseff – e aqui não temos a pretensão de fazer qualquer posição partidária, mas é fato que há uma realidade subscrita pelo sistema vigente e necessária de ser mencionada – vivenciamos um momento conflitante, de regresso, retrocesso e manobra das massas.

O discurso pós-impeachment é de total desmantelamento de direitos, de culpabilização da classe subalterna, de responsabilização da sociedade para "recuperar" dívidas de roubos, rombos e corrupções. A fala é meritocrática quando se precisa rever os Programas de Transferência de Renda (PTR), quando se deveria investir na educação de base, na educação pública, a proposta é de uma educação paga, de cursos técnicos cujo intento é criar meros operadores, gerar mão-de-obra barata, com mínima qualificação e nenhum pouco de reflexão.

São tempos em que a massa de manobra do capital tem reafirmado sua ideologia abertamente, mesmo que não veja significado naquilo. Podemos completar com o que Santos

[7] Também chamado de coeficiente de Gini, é uma medida criada pelo matemático italiano Conrado Gini e que segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), serve como instrumento para medir o grau de concentração de renda de determinado grupo. O coeficiente varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo do zero, mais próxima é a igualdade, ou seja, melhor a distribuição de renda, porém quanto mais próximo do um, maior a concentração de renda e logo, sua desigualdade. Este índice Gini é apresentado em pontos percentuais.

(2007, J. S., p. 27) já dizia “o que tem favorecido o novo padrão de acumulação é o clima de ‘vazio ideológico’ expresso na ausência de um projeto societário que se oponha a ele”, uma ideologia que embora tenha a bandeira da mudança erguida, traz mudanças apropriadas pelas elites.

Mas como propagar uma outra sociabilidade quando o capital está nesta competição nas 24 horas do dia impregnando seu direcionamento a classe trabalhadora em seu ambiente de trabalho, das instâncias socializadoras (escola, igreja, família, etc.), da mídia (concentrada e controlada nas mãos de 11 famílias) e dos demais equipamentos da indústria cultural?

Uma das formas de combate e resistência é justamente o conhecimento, a linguagem, a dialética, a reflexão conjunta e a análise de conjuntura sempre na perspectiva de totalidade. Não a imposição e sim a reflexão que levará o outro a pensar, pois como Ana Lúcia de Souza Freitas (2014, p. 225) pronuncia parafraseando Paulo Freire “ninguém conscientiza ninguém, ninguém se conscientiza sozinho, os homens e as mulheres se conscientizam em comunhão.”

Não basta ser intelectual apenas no meio acadêmico, em todos os outros momentos desta cotidianidade obscura, devemos nos posicionar como profissionais e pessoas cidadãs que fazem parte da classe trabalhadora e por ela luta todos os dias.

> A destruição da pseudoconcreticidade como método dialético-crítico, graças à qual o pensamento dissolve as criações fetichizadas do mundo reificado e ideal, como *método revolucionário de transformação da realidade. Para que o mundo possa ser explicado “criticamente”, cumpre que a explicação mesma se coloque no terreno da “práxis” revolucionária*. (KOSIK, 2010, p. 22, grifo do autor).

Em tempos sombrios de retrocesso, outra preocupação se faz pertinente, que diz respeito à forma de vida que submeterão a população idosa, a esquecida, a improdutiva, este “novo ator social” (LOPES, 2000), frente aos diversos desafios, tais como as patologias, a questão do abandono, a política de institucionalização, as condições precárias de sobrevivência e a conjuntura adversa como mencionamos.

Em termos práticos, o que vemos é um “Estado mínimo” para quem dele necessita e que atende a determinadas reivindicações para sua manutenção, mesmo assim, com um atendimento pobre destinado aos pobres. Embora seja o Estado mínimo para tais questões, concomitantemente é o Estado máximo, porém, ao capital, já com relação às famílias, culpabiliza seus membros, sem ao menos lhes oferecer condições objetivas, para que possam conseguir efetivar sua “função” protetiva.

De acordo com a Associação Internacional de Geriatria e Gerontologia (IAGG), em matéria online, transcreve que no lançamento do Índice Global de Envelhecimento de 2015

(*Global Age Watch Index*) pela ONU, o Brasil esteve em um péssimo ranking, ficando em 56º lugar entre os 96 países pesquisados. Este Índice foi criado em 2013 pelo *HelpAge*, com o intento de medir o bem-estar econômico e social da população idosa, objetivando preparar os países para criarem, ampliarem e melhorarem as políticas públicas direcionadas a este segmento.

A notícia enfatiza que o Brasil "apresentou índices muito ruins se comparados com outros países da região latino-americana" e assevera que tal resultado "evidencia que apesar de termos uma legislação para garantir os direitos das pessoas idosas [...], ainda precisamos investir muito na implementação de políticas públicas para este público em nosso país."

Uma das maiores queixas se dá em torno da segurança e do transporte público, o acesso precário à saúde também não fica atrás nesta avaliação. Assim, este índice além de estabelecer metas aos países, auxilia por pressioná-los a se lembrar dos velhos e velhas, que por ele trabalharam em demasia e ainda trabalham.

E aos que estão inseridos no mundo do trabalho, as metamorfoses da categoria são latentes, agudizam sua condição com campanhas "sêniors", com a bandeira do voluntariado, com as armadilhas de consumo.

> [...] no capitalismo periférico brasileiro, é ter seu tempo livre submetido às exigências de reprodução social do capital e de controle social que se estende ao envelhecimento, submetendo o idoso ao planejamento externo de comportamentos, atitudes, sentimentos, consciência e mecanismos organizativos. Mas, sob a máscara da valorização social dos velhos, corresponde a uma pseudovalorização, posto que não foi superada a produção para fins de valorização do capital, antes, atingiu novos patamares, expandindo-se a setores e segmentos antes não mercantilizáveis ou consumidores. (TEIXEIRA, 2009, p. 68).

Neste sentido, inferimos que é fruto do ideário neoliberal que, enquanto uma minoria se beneficia, a maioria vive à mercê, dependente de programas sociais, em condições paupérrimas, de extrema pobreza e exploração, pois o que é socialmente produzido não é igualmente distribuído.

Perante a ideologia dominante, as pessoas idosas incutem em si o pensamento de "inutilidade" e imprimem a ideia de ser um ônus para a sociedade e um incômodo para a família. O velho é visto como ultrapassado, desvalorizado, um problema para a economia e apenas útil se consumir os ideais do mercado, pois "[...] a economia baseia-se no lucro, é praticamente a êle que está subordinada toda a civilização: o material humano só desperta interesse na medida em que pode ser produtivo." (BEAUVOIR, 1976, p. 11).

Debert (1999, p. 8), evidencia que o idoso brasileiro a partir da década de 1980 “[...] tornou-se um ator político cada vez mais visível na sociedade, ocupou espaço na mídia e ganhou a atenção da indústria do consumo, do lazer e do turismo, o que não corresponde à ideia da última fase da vida em que os indivíduos estão excluídos da vida pública.”

Por direcionarmos análise do “envelhecimento ativo” a velhice da classe trabalhadora, a qual pelo trabalho alienante foi explorada ou por ele encontra-se alijada, consideramos importante a compreensão acerca da categoria trabalho.

1.1.2.1 Trabalho e ser social

Homens e mulheres não são apenas indivíduos isolados, reduzidos à sua própria vontade ou à sua natureza biológica. Partimos do princípio de uma teoria do ser social, a ontologia.

Partimos de uma análise de múltiplas questões que superem a visão metafísica em um plano idealizado. Ideal defendido nos estudos realizados por Hegel, que naquele determinado período histórico teve sua contribuição, quando reconhece a historicidade na ontologia e discute o trabalho como ação pela qual o homem produz a si mesmo.

Mesmo que Hegel tenha dado ao trabalho uma dimensão ontológica, ainda permaneceu numa concepção idealista, pois não havia a relação com o mundo objetivo. Em Marx esta discussão avança, pois se tem a realidade concreta, as relações sociais e nega-se que a consciência determina o ser, pelo contrário, o ser social que determina sua consciência. Portanto, em Hegel houve um idealismo lógico-ontológico e em Marx a ontologia materialista-dialética (LUKÁCS, 1979).

Com base nisto, não basta o ser social imaginar algo para realizá-lo, ele precisa de condições e, sua ideação é fruto das necessidades e condições objetivas em que vive, assim como para realizá-la em sua concreticidade está condicionado também nas dadas circunstâncias materiais em que lhe é imposto desde seu nascimento.

Isto não significa um determinismo, a partir do momento que não consideramos o ser social, um sujeito passivo. A realidade é posta, mas não é pronta e acabada, em sua dinamicidade é passível de transformação.

Assim, o indivíduo não é um indivíduo abstrato, singular, imaginado ou pensado. Concordamos que é indivíduo real, objetivo e concreto, ou seja, um ser de existência material, um sujeito coletivo, um ser complexo.

O ser social é um ser com capacidade teleológica que transforma sua ideação em condições concretas pela atividade humana do trabalho onde cria suas condições e meios, tanto objetivos quanto subjetivos. No entanto, o ser social sob a luz neoliberal metamorfoseia-se em "mão-de-obra", em instrumento reificado e substituível, um objeto de produção.

O trabalho é considerado o valor central do ser social, mas passou a ter outro significado, especialmente com o advento do capitalismo, cujo modo de produção terá como base o conhecimento e atividades fragmentadas, e se tornará estranhado – em relação ao produto, à própria atividade, ao outro trabalhador e a si mesmo – alienado e fetichizado.

Este fetiche e alienação são engendrados pelo conhecimento fragmentado, perda do produto final do trabalho e por não se deter os meios de produção, ou seja, a expropriação do trabalhador e o processo distante do produto final, que limita suas potencialidades e o faz se submeter à venda máxima de sua força de trabalho por um valor irrisório, para garantir suas necessidades básicas e sua manutenção de vida sob os ditames do consumo e padrão capitalista imposto.

É pelo trabalho que o homem realiza o intercâmbio com a natureza e com os outros homens. O trabalho enquanto categoria mediadora, e por meio dele, o ser meramente biológico faz a passagem ao ser social. Portanto, o indivíduo é formado pelas relações sociais, esta por sua vez, é determinada pelo modo de produção da vida material, que condiciona as demais relações sociais.

> Enquanto ser biológico, o ser humano é um produto da evolução natural. Com sua autorrealização, que, naturalmente, também nele mesmo pode significar um retrocesso dos limites naturais, mas nunca o desaparecimento, a plena superação desses limites, o ser humano ingressa num novo ser e por ele mesmo fundado: o ser social. (LUKÁCS, 2004, p. 102).

Lukács (1979) faz a explicitação sobre a ontologia em Marx, exatamente em um momento que se torna fundamental este resgate, época em que o esforço de negação desta ontologia estava latente, uma negação marcadamente do neopositivismo e posições teóricas pós-modernas.

A complexa conjuntura que vivenciamos de ápices e recessos do capital nos mostra suas reinvenções a todo o momento, manipulas pelo pensamento pós-moderno ao se refazer com novos paradigmas de acumulação e permanece interferindo na reprodução social da vida com "[...] processos que interferem nas múltiplas dimensões da vida, que alcançam a esfera da cultura, da sociabilidade, da comunicação, homogeneizando comportamentos, hábitos de consumo, preferências, valores." (YASBEK, 2014, p. 682).

Partimos da tese de Marx (1988), de que a categoria trabalho só é compreendida ontologicamente na esfera da produção. É somente neste espaço que a atividade humana realiza as mediações entre o homem e a natureza, transformando objetos naturais em coisas úteis. Esta articulação entre o homem e a natureza foi chamada de trabalho.

Portanto, é por meio do trabalho que os homens constroem a vida em sociedade e também se constroem como indivíduos sociais, na medida em que, transformam a natureza e adquirem novos conhecimentos e habilidades.

Estas atividades executadas por homens e mulheres precisam ser pensadas e projetadas na mente a partir de uma Prévia Ideação ou Teleologia, isto é o que os diferencia dos animais, ao passo que há uma finalidade e não mero instinto, que se constrói a partir de necessidades reais para posteriormente ser materializado.

Remetemos à Marx (1988, p. 202), onde diz que, "[...] uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade."

Deste modo, é no trabalho que os indivíduos se distinguem dos demais seres naturais, que desenvolve sua humanidade, portanto, o trabalho é fundante do ser social.

Com a acumulação primitiva, a divisão de classes e a propriedade privada, o trabalho segue aos ditames do capital e deixa de satisfazer as necessidades humanas, para atender aos interesses de reprodução do capital despótico.

Com base em Behring e Boschetti (2008, p. 51), "[...] o sentido do trabalho, portanto, sofre profunda modificação com a instituição das relações capitalistas, pois assume o caráter de trabalho abstrato, produtor de valores de troca."

A classe-que-vive-do-trabalho, assim chamada por Antunes (1999), venderá sua força de trabalho que será convertida em mercadorias, que irão criar outras mercadorias. De valor de uso para o valor de troca. Esta lógica tão somente será utilizada para a acumulação e valorização do capitalismo ao deixar de satisfazer as reais necessidades dos trabalhadores.

> Essas desigualdades sociais são reproduzidas e ampliadas no envelhecimento do trabalhador, geralmente, para os trabalhadores pobres, cuja trajetória foi marcada por piores condições de vida e trabalho, que tiveram suas necessidades sociais rebaixadas, submetidas a mínimos sociais para sua sobrevivência e de sua família. (TEIXEIRA, 2009, p. 67).

Assevera Marx (1988), que o sistema capitalista gera o sobretrabalho, isto é, uma porção de trabalho que é explorada e dada ao capitalista.

A esse sobretrabalho chama-se de mais-valia[8]. Deste modo, há uma nítida separação, onde de um lado estão os detentores dos meios de produção, do produto e de sua apropriação, enquanto do outro lado estão os alijados de quaisquer condições se não a venda do seu próprio trabalho.

Essa subordinação do trabalho ao capital desumaniza e distancia-nos do processo criador em que deveria se classificar o trabalho. Metamorfoseia-se trabalho em um *tripalium*[9], produzindo meros objetos desvinculados de tudo e do mundo.

Na contramão dessa perspectiva, diversos autores, entre eles Antunes (2004), pontuam que o trabalho não perdeu sua centralidade, como também a classe trabalhadora continua a assumir um papel proeminente na sociedade.

Contudo, o trabalho se apresenta cada vez mais multifacetado, numa nova polissemia. Nas palavras de Iamamoto (2003, p. 61), "[...] a categoria trabalho trata-se de um elemento constitutivo do ser social, que o distingue como tal e, portanto, que dispõe de uma centralidade na vida dos homens."

Partimos da tese de Marx (1988), de que a categoria trabalho só é compreendida ontologicamente na esfera da produção. É somente neste espaço que a atividade humana realiza as mediações entre o homem e a natureza, transformando objetos naturais em coisas úteis. Esta articulação entre o homem e a natureza foi chamada de trabalho.

A classe trabalhadora torna-se refém de sua condição sob a égide do capital, pois o fruto de seu trabalho não lhe pertence, gera riquezas e usufrui minimante delas, se esgotando em suas faculdades físicas e mentais, não se realizando em sua plenitude enquanto ser humano. Então surge o novo ator social: os velhos trabalhadores.

De encontro ao que Antunes (1999) diz, fundamentado em Marx, o sistema capitalista é alicerçado nas desigualdades entre as classes dominantes e dominadas, mercantiliza as relações, nisto o Estado repressor e seus diversos aparatos por intermédio de instituições sociais e políticas reforçam a ordem, a autoridade e o *status quo* através da disseminação da ideologia opressora.

---

[8] Sob o olhar de Antunes (2004), a mais-valia resulta de um excesso quantitativo de trabalho e sua duração prolongada, ou seja, é fruto de uma jornada estendida que renderá sobre o trabalho não remunerado ou o chamado sobretrabalho. Dessa forma a mais-valia é o valor produzido que não é apropriado pelo trabalhador e sim gerado por ele, parte vai para o investimento do capital constante (meios de produção) e manutenção, e a outra parte vai para o lucro. Mais-valia absoluta consiste em intensificar o ritmo de produção, como a extensão da jornada de trabalho e métodos de controle sobre o trabalho dos operários na realização de seu trabalho. Já a mais-valia relativa se trata de investir nos métodos de produção para que se produza mais em menos tempo, como a introdução de máquinas e tecnologia.

[9] O termo trabalho se origina do latim "tripalium", que é um antigo instrumento de tortura utilizado no período da escravidão.

> [...] as transformações que estão ocorrendo no mundo do trabalho devem ser pensadas no interior das profundas mudanças que o capitalismo vem sofrendo, em escala mundial, tanto na sua estrutura produtiva, quanto no universo de suas idéias e valores. Enquanto respostas do sistema de capital em torno da realização de seu constante desejo de obtenção de lucro, a reestruturação produtiva e o neoliberalismo produziram como resultados o desemprego estrutural, precarização e desregulamentação do trabalho que revelam um forte incremento da exploração da força de trabalho. (GIAQUETO; SOARES, 2010, p. 7).

O ciclo capitalista é envolto de fases diversas e por isso afeta as condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora. Alude-se aqui, as constantes crises, estagnações e recessos que geram demissões, salários mais baixos e formas cada vez mais precarizadas de trabalho. Identifica-se também que nos picos de crescimento, acontece uma superprodução exigindo labor dobrado e exaustivo não-pago, que consolida o quadro de desigualdades e a situação de vulnerabilidade social.

A ofensiva neoliberal tem sido, no plano social, simétrica à barbarização da vida societária. Assentimos também com Alves (2013), onde destaca alguns pontos que irão mapear uma nova configuração no mundo do trabalho como a precariedade salarial; as novas tecnologias de informática (máquinas e computadores) e a informacional (tecnologia de rede); novos métodos de gestão (captura da subjetividade do trabalhador "colaborador" que veste a camisa da empresa, a lógica da meta, a carreira e bonificações, dentre outros).

Aponta as novas contratações flexíveis; o desmonte da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com o fim da contratação padrão; as relações ocultas de exploração; o incentivo do "seja patrão de si mesmo" e a terceirização da terceirização; os elevados adoecimentos laborais em virtudes do trabalho estressante que não adoece apenas a força de trabalho, pois também atinge as condições de vida do ser na sua integralidade.

> São as visíveis transformações no sentido da descentralização, desverticalização, terceirização, automação, enfim, de uma nova organização do trabalho objetivando potencializar a extração da mais-valia relativa, sem prejuízo da extração da mais-valia absoluta. Ao mesmo tempo que se investe pesados nas inovações tecnológicas e organizacionais, joga-se as ideias do fim da centralidade do trabalho e do consenso entre as classes – obtido por um "envolvimento manipulado" dos trabalhadores – também se repõe antigas formas de exploração escondidas. (SANTOS, 2007, J. S., p.19).

De acordo com Teixeira (2009, p. 69) o modo de produção capitalista reatualiza suas formas de "[...] subsunção do trabalho ao capital, de captura de sua subjetividade no processo de trabalho ou de suas necessidades ricas no seu tempo livre, como forma de reprodução do capital pelo incentivo ao consumo e de controle opressivo do tempo de vida do trabalhador."

Esta metamorfose no mundo do trabalho modifica, até mesmo, a mobilidade urbana, visto que o trajeto até trabalho ficou mais desgastante devido aos precários transportes públicos e ao trânsito que possui sua frota elevada em 140% nos últimos anos.

É inequívoco também a precarização dos espaços; a precarização existencial; o modo de vida "*Just in time*" (hora exata, correria) e a "imbecilização" cultural em tempos de financeirização mundial sob o circuito mercadológico.

Isto posto, acordamos com Guerra (2014, p. 49) que existe uma "[...] tendência da ordem capitalista em metamorfosear o processo de trabalho num conjunto de ações repetitivas, padronizadas, fragmentadas, na qual os produtos do trabalho social coletivo perdem a chancela de seu produtor", traduzindo-se em um modo cristalizado de vida.

Esse pensamento pós-moderno do irracionalismo, tem-se como consequência inúmeras transformações do modo de vida. Dentre elas, o crescimento do número de trabalhadores com contratos temporários, terceirizados e parciais. Por sua vez, a categoria trabalho torna-se cada vez mais complexa, fragmentada e instável; o que engendra a fragilização dos movimentos sociais e sindicais; enfraquecimento e desmobilização da luta da classe trabalhadora, ao caminhar em direção do sentimento de não pertencimento de classe.

> Criou-se, de um lado, em escala minoritária, o trabalhador polivalente e multifuncional da era informacional, capaz de operar máquinas com controle numérico e de, por vezes, exercitar com mais intensidade sua dimensão mais intelectual. E, de outro lado, há uma massa de trabalhadores precarizados, sem qualificação, que hoje está presenciando as formas de part-time[10], emprego temporário, parcial, ou então vivenciando o desemprego estrutural. (ANTUNES, 1999, p. 25)

O segmento idoso não é reconhecido como sujeitos de direitos, tal como o direito personalíssimo ao envelhecimento e proteção, de sobremaneira, perpetra-se o sentimento de não pertencimento social, como se a velhice os destituíssem de participar na sociedade, tanto como trabalhadores quanto em qualquer outra esfera da vida. "Quem impõe o estatuto das pessoas idosas é a classe dominante." (BEAUVOIR, 1976, p. 242).

> A tragédia da velhice representa a condenação radical de um sistema de vida mutilador: um sistema que não oferece à imensa maioria de seus componentes o menor incentivo para viverem. [...] Ao se tornar velho, o trabalhador já não encontra lugar na Terra porque, na realidade, nunca lhe foi concedido lugar algum: êle, simplesmente, ainda não havia tido tempo de o perceber. Ao descobri-lo, mergulha numa espécie de desespero atoleimado. (BEAUVOIR, 1976, p. 311).

---

10 Meio expediente.

Assim, Haddad (1993, p. 106) afirma que "[...] o prolongamento da vida representa internacionalmente um desafio [...] um desafio ao reino do capital que, com seus poderes mágicos, consegue expandir por todo o planeta a imagem invertida de sua índole cruel e destruidora."

A sociedade capitalista, estruturalmente desigual que explora a força de trabalho, assim como "[...] expropria o tempo de vida do trabalhador, submetendo-o ao tempo linear, invariável e abstrato, ao tempo das coisas; o tempo-mercadoria, o tempo da desvalorização do capital e da desvalorização do homem, em que a degradação do trabalho vivo, condena-o." (TEIXEIRA, 2008, p. 42).

> O capitalismo redefine o sentido de "utilidade", ao qual tudo deve-se conformar, tanto para as coisas quanto para as relações e as pessoas, definido como o que é vendável, lucrativo; lógica a qual os seres humanos devem ajustar-se [...] ou perecer [...] o ser humano só interessa como força de trabalho, fonte de mais-valia e de valor, ou como consumidor, o que explica as situações de desvalorização social do trabalhador que envelhece, e de pseudovalorizações de outros, tanto por determinantes culturais, relações entre gerações, quanto por processos materiais de existência, sob a lógica do capital. (TEIXEIRA, 2008, p. 56).

A força de trabalho desgastada e envelhecida não possui mais rentabilidade, portanto se já era precarizada na condição de utilidade, sobretudo agora será com a perda do seu valor, desumanizada. Tanto que, Heller (1986 apud TEIXEIRA, 2008, p. 59) assinala que "[...] na produção de mercadorias as relações humanas assumem a forma de relações coisificadas, a sociabilidade é fetichizada em coisalidade." Destarte, passamos a nos questionar como fica esta realidade, e sua influência na materialização da Política de Envelhecimento Ativo; baseado nisso, as categorias urbanização, heterogeneidade e multidimensionalidade auxiliaram na análise crítica do referido documento.

Em síntese, consideramos que para o desenvolvimento pleno do ser social, o alcance desta eudaimonia está intrinsecamente ligado ao trabalho enquanto processo criativo e potencializador. Assim, o trabalho sob a ordem vigente, alienado, estranho e fetichizado impede a libertação do indivíduo, uma vez que esta somente será possível quando houver a superação da sociedade burguesa.

1.1.3 Urbanização e antagonismos

Cidade e urbanização se interligam, podemos entender que no sistema capitalista a primeira é lócus de produção, concentração de seus meios, do capital, da "mão-de-obra",

população, bens e consumo. A segunda é um fenômeno parcialmente mundial. No Brasil, a população é predominantemente urbana, representando 84,4% conforme o IBGE (2010).

O mundo todo traça um novo mapa social com índices maiores de urbanização que modificam-se geograficamente, logo, com rebatimentos políticos, culturais, econômicos e sociais.

> Os idosos constituem uma proporção significativa e crescente da população urbana mundial. Em países de alta renda, um em cada cinco habitantes das cidades tinha mais de 60 anos em 2005 (30). A proporção de habitantes das cidades acima de 60 anos nos países menos desenvolvidos também irá crescer, de 7,7% em 2005 (30) para 21% em 2050 (35). *As cidades impulsionam o avanço econômico, cultural e social das nações.* (ILC-BRASIL, 2015, p.20, grifo nosso).

Mas assim como viver mais não significa viver melhor, o processo de urbanização embora tenha proporcionado avanços para a melhoria da qualidade de vida, esta qualidade de vida tem sido restrita à burguesia.

Além do que a urbanização também condiciona transformações destrutivas, determina espaços excludentes e grande parcela da população inserida neste espaço urbano, encontra-se alijada e sem respaldo que em tese o "direito à cidade" diz propiciar.

Nas cidades as manifestações da questão social se expressam cotidianamente, marcada de profundas desigualdades, relações sociais de "exploração do homem pelo homem", vivências refletidas pela barbárie societária justificada para a obtenção de progresso.

No espaço urbano se erguem as cidades. A cidade não pode ser vista apenas como aglomerações conforme traz algumas vastas definições.

Carlos (2005, p. 68) discute a necessidade de uma definição mais abrangente, pois compreende a cidade em uma perspectiva histórica:

> São formas de acumulação humana e de atividades concentradas, próprias a cada sistema econômico e social, reconhecidos a partir de fatos de massa e arquitetônicos [...] A cidade é em cada época, o produto de uma organização das relações econômicas e sociais. [...] A cidade enquanto produto histórico e social tem relações com a sociedade em seu conjunto, com seus elementos constitutivos, e com sua história. Portanto, ela vai se transformando à medida que a sociedade como um todo se transforma.

A esta definição, acresceríamos a cidade enquanto lócus de construção social, dinâmica e inacabada de objetividades e subjetividades humanas, apreendida no movimento da realidade de tempo e espaço, considerando as complexidades e contradições, bem como ser passível de transformação.

Portanto, os antagonismos presentes na questão da urbanização, pode nos auxiliar a compreendê-la como um dos fatores determinantes presentes na Política de "envelhecimento ativo" que aborda superficialmente este âmbito, desconsiderando justamente este espaço em suas diversidades, desigualdades, antagonismos e falta de preparo para a envelhecimento demográfico, ainda mais para a velhice da classe-que-vive(u)-do-trabalho.

> Apesar dessa lógica capitalista, ampliou-se a longevidade e a expectativa de vida em todas as classes sociais, emergindo o envelhecimento populacional como fenômeno mundial. A longevidade é uma conquista da humanidade, das transformações sociais, como *urbanização*, saneamento, melhoria alimentar, tecnologias de saúde, dentre outras. (TEIXEIRA, 2008, p. 138, grifo nosso).

Nos estudos de Telles (2010), é possível vislumbramos as mutações das realidades urbanas com suas reconfigurações econômicas e sócio-espaciais, que ora se moldam como forma de bloqueio, ora como forma de acesso aos serviços e espaços, pois se traça sempre novos modelos de consumo e segregação urbana. Tais recomposições capitalistas operam na geografia da pobreza urbana e na vulnerabilidade sócio territorial ao redefinir a cartografia da dinâmica societária.

A "cidade fordista" que passou para uma "cidade taylorista", também se modificou para "toyotista", "industrial", "monopolista", entre outras reinvenções sociodemográficas, assim, "[...] as novas realidades do trabalho (e do não-trabalho) redesenham os espaços urbanos e seus territórios e redefinem práticas sociais e os circuitos que articulam moradia, trabalho e serviços [...] pautam ritmos cotidianos e tempos sociais." (TELLES, 2010, p. 73).

Para Harvey (2012) os hábitos de consumo e as formas culturais são moldados pela tendência pós-moderna de incentivar a formação de nichos de mercado delineando uma experiência urbana que se diz de "liberdade de escolha", porém desde que se tenha dinheiro. "Qualidade de vida urbana tornou-se uma mercadoria, assim como a própria cidade, num mundo onde o consumismo, o turismo e a indústria da cultura e do conhecimento se tornaram os principais aspectos da economia política urbana." (HARVEY, 2012, p. 81).

Atualmente, a realidade urbana neoliberal tem estado tão diversificada que não é mais possível classificá-la de modo polarizado: centro ou periferia, ricos ou pobres. Haja vista, que os centros urbanos em muitas cidades estão mapeados de exclusão com pessoas em situação de rua; mercados e lojas que estão mudando para os ditos "bairros nobres" ou avenidas populares; a presença do tráfico de entorpecentes e o esvaziamento de moradias.

Deparamo-nos também com a pequena, média e grande burguesia, as chamadas: classe média, classe média baixa ou classe média alta e por aí vai, ou seja, uma infinidade de

classificações do capital para que todos possam sentir que possuem um lugar ao sol, quando este na verdade, está totalmente sem brilho, nebuloso para classe-que-vive(u)-do-trabalho e para a massa dos excluídos da indústria de reserva.

Segundo Carlos (2005), a segregação espacial é vista como um distanciamento entre os trabalhadores, onde a população com maior poder aquisitivo fica concentrada em locais arborizados, amplos, com completa infraestrutura, próximo a áreas de lazer e shoppings, com um aparato de conforto, onde o preço da propriedade privada ou dos condomínios exclusivos e seguros, está longe do acesso da maioria. Os espaços são disciplinados, acumulados, capitalizados e assim que a classe trabalhadora fica destituída do direito à terra, ao espaço.

> [...] os capitais globalizados transbordam as fortalezas globais concentradas [...] e fazem expandir os circuitos de consumo de bens materiais e simbólicos que atingem os mercados de consumo popular Shopping centers e grandes supermercados se multiplicaram no correr da década e desenharam um grande arco que chega até as periferias mais distantes da cidade, alterando o mercado de terras e valores imobiliários, provocando redistribuições demográficas e deslocamentos populacionais, mas também redefinindo as dinâmicas locais do tradicional mercado informal e da economia popular. O fato é que esses grandes equipamentos de consumo já compõem a paisagem urbana, redefinem circuitos e práticas urbanas, alteram escalas de distância e proximidade e operam como referências de tempos/espaços cotidianos. (TELLES, 2010, p. 73).

O grande monopólio mercantil projeta o espaço urbano, por conseguinte temos o fato de que quanto mais a sociedade se desenvolve, mais aprofunda as disparidades de classe, pois a construção e reconstrução das cidades são planejadas na perspectiva de acumulação e valorização do capital.

Prospectadas para viabilizar a circulação de mercadorias, traçar vias de acesso para sua reprodução, bem como condições propícias para a realização e circulação de mais-valia. “A cidade se produz de modo a permitir a articulação entre processos de produção – distribuição, troca, consumo e a gestão.” (CARLOS, 2005, p. 74).

Por isso nem ao menos nossa infraestrutura está preparada para um país que envelhece, de tal forma a realidade apresenta entraves estruturais, plasmada em contrastes e por desigualdades regionais, urbanas e sociais.

Acordamos com a afirmação de Telles (2010, p. 78) que “[...] o país entrou em compasso com o capitalismo contemporâneo – abertura dos mercados aos capitais globalizados, reestruturação produtiva, novas tecnologias, mudanças nas práticas gerenciais, flexibilização do contrato de trabalho [...]”, por conseguinte vivenciamos atualmente o refluxo destas ações.

É nas “vidas-urbanas” se faz presente em demasia a “indústria cultural”, nela, todos os dias as pseudovalorizações são imbuídas nos espaços, nela são evidentes as mazelas do capital com novas roupagens e redomas.

O capital faz o discurso do “planejamento urbano sustentável”, mas a realidade social pede por algo além de abordagens reformistas e progressistas, pede por revolução.

> O que permanece intocado nessas abordagens é a lógica subjacente intrínseca à produção e à reprodução capitalista do espaço urbano, lógica que está na própria origem do processo de acumulação de capital, caracterizado pelo desenvolvimento desigual e combinado das forças produtivas e pela contradição fundamental da qual deriva a sociabilidade própria do capitalismo. (COUTINHO, 2012).

Os chamados bairros de periferia retratam a precariedade de vida, a desigualdade social, mas para camuflar esta realidade, os centros urbanos estão sempre “limpos”, com uma paisagem empresarial diurna e de circulação e acumulação do capital. Enquanto no espaço urbano da pobreza a classe trabalhadora permanece sem voz, sem vez, na criminalidade e na criminalização.

Não temos os mínimos respaldos legais, constitucionais, consequentemente a população procura outras formas de sobrevivência. Há transporte para todos? Tem trabalho digno? Acesso aos serviços de saúde com qualidade? Em que condições são as moradias?

Em suma, a massa excluída e concentrada cria formas de responder ao modo como o mercado comanda os espaços, e a forma como são literalmente alijados, assim furtos, roubos, violência e tráfico surgem como uma estratégia de sobrevivência em resposta à forma burguesa de sociedade.

> [...] quando violentas e cíclicas crises industriais condicionam, por um lado, a existência de um grande exército de desempregados [...] quando grande massa de trabalhadores desempregados concentram-se nas grandes cidades num ritmo mais rápido do que o da construção de casas [...] Numa sociedade assim, a falta de habitação não é nenhum acaso: é uma instituição necessária; e justamente com suas repercussões sobre a saúde etc, só poderá ser eliminada quando toda a ordem social for inteiramente transformada (ENGELS, 1945 apud COUTINHO, 2012).

Assentimos com Carlos (2005, p. 45), que “[...] o ser humano necessita, para viver, ocupar um determinado lugar no espaço”, mas como discutimos, este espaço está permeado de antagonismo. Por isso é imperativo pensar qual o lugar que os velhos estão ocupando na sociedade? De que forma e em quais condições? Esta longevidade de que falamos não atinge a todas as classes de modo homogêneo, aliás, quando chega a atingir a classe trabalhadora.

Precisamos pensar no ser social enquanto sujeito histórico, que participa desta construção e reconstrução cotidiana dos espaços urbanos. A sociodemografia pode ser modificada através da luta de classes, da relação do homem com a natureza, mediada pelo trabalho, superando esta sociabilidade.

Diante desta problematização, é inequívoco que o espaço urbano não é neutro, e é lugar de encontros, discussões e confrontos, das relações sociais, das manifestações. Deve permanecer um espaço de estratégias espaciais e lutas sociais.

> Fala-se na construção de uma cidade democrática e livre. Para que isto ocorra é necessária uma pré-condição: *a existência de homens livres.* E a cidade não deve ser entendida como valor de troca e suas áreas mantidas como reservas de valor. Impõe-se pensar a cidade não enquanto materialização das condições gerais do processo de reprodução do capital, mas da *vida humana em sua plenitude.* [...] o novo urbano seria produto de outras relações e não as fundamentadas na subordinação dos indivíduos na segregação espacial. (CARLOS, 2005, p. 89, grifo nosso).

Em síntese, completamos que para a existência de homens livres e a vida humana em sua plenitude só se dará quando houver a ruptura desta sociedade, a partir de outro projeto societário em que o trabalho seja um processo criador e de libertação em seu sentido ontológico que Lukács (1979) aponta em Marx.

1.1.4 Heterogeneidade e multidimensionalidade do envelhecer

Em alusão ao processo de envelhecimento, entendemos o mesmo como um processo contínuo, dinâmico e progressivo que ocorre na vida do ser humano de forma heterogênea como fundamenta as autoras Haddad (1993) e Teixeira (2008).

É importante considerar que sendo os idosos, o segmento etário que mais se eleva a cada ano, logo, se eleva também as discrepâncias, seja por classe social ou gênero, pois a velhice é heterogênea e como argumenta Haddad, (1993, p. 9) "[...] há idosos nas diferentes camadas, segmentos ou classes sociais, e que os mesmos vivem a velhice de forma diferente."

Destarte nos defrontamos com mais um enfrentamento das multifacetadas expressões da questão social, o que requer uma capacitação e preparo específico para lidar com este fenômeno.

Não há muito que esboçar sobre este conceito, já que por si só a palavra diz tudo, a heterogeneidade significa a diversidade, a diferença, o que particulariza a experiência do envelhecer. Sobretudo, porque a "[...] velhice está nas diferentes camadas, segmentos e classes sociais, que o vivenciam de forma também diferente e é preciso, portanto,

desestabilizar a ideia de que a idade pode oferecer uma identidade fixa, unitária e coerente." (DEBERT, 1999, p. 161).

O caráter heterogêneo está baseado na divisão sociotécnica do trabalho, na visão de mundo e de homem, na questão de classe, gênero, raça e etnia, em suma, na realidade social em que se inserem os sujeitos.

No próprio eixo anterior da dissertação, pudemos refletir da heterogeneidade da velhice como consta em Índice que avaliam e visualizam claramente que a população idosa de países em desenvolvimento não vivenciam a velhice da mesma forma que os países desenvolvidos. Tanto é que no ranking de melhores condições de vida e políticas públicas consolidadas está a Noruega, Suécia, Suíça, Canadá e Alemanha. Enquanto isto, nos últimos lugares em piores condições, vive os velhos idosos do Afeganistão, seguido por Moçambique, Cisjordânia e Gaza, Malauí e Tanzânia.

Mesmo a velhice nos parecendo explicitamente heterogênea, no tempo da ofensiva neoliberal tenta-se homogeneizá-la em "Terceira Idade", como se a velhice fosse uma categoria única, como se o prolongamento da vida humana fosse de todo bom e não tivesse os rebatimentos sobre a classe trabalhadora, deixando de levar em conta as diferenças, as adversidades (LOPES, 2000).

À medida que visitamos a velha classe trabalhadora, isto se torna visível, ela geralmente está situada em bairros periféricos, nas extenuantes filas do SUS ou nas lotações dos transportes públicos e muitas vezes com olhares entristecidos nos chamados "Lares".

> O velho, em sociedades capitalistas, sofre a opressão que se dá tanto pela desigualdade social e de classe, quanto pelo confinamento social, dado pela segregação, pelas histórias políticas de assistência social em instituições asilares, que remontam ao século XVIII, como ao abandono ou isolamento pela família que, com as transformações capitalistas, perde espaço como unidade de produção e reprodução social, que tinha em sociedades anteriores, e se vê exigida a buscar os meios de sobrevivência no mercado de trabalho, sem condições de manter seus idosos financeiramente, e com cuidados especiais. Portanto, as questões culturais relacionadas aos idosos, como "marginalização", "morte em vida", sujeitos estigmatizados e submetidos a estereótipos negativos ou efeitos psicológicos, como depressão, solidão, dentre outros, são consequências ou fatores determinados e não determinantes, são resultantes das condições objetivas materiais de existência. (TEIXEIRA, 2008, p. 82).

Quando afirmamos acerca da multidimensionalidade do envelhecer, em linhas gerais, elucidamos que a velhice é composta por múltiplas dimensões envolvidas nesta questão, como a dimensão biológica, cronológica, cultural, social, econômica e política.

Em consonância ao que é apontado por Magalhães (1989) a idade biológica, pode não coincidir com a idade cronológica, nem com as demais construções sociais sobre a velhice, uma vez que a cronológica é também socialmente construída.

> Em cada sociedade e na mesma sociedade, em momentos históricos diferentes, a velhice e o envelhecimento ganham especificidade, papéis e significados distintos em função do: meio ser rural ou urbano, da classe social, do grupo profissional e de parentesco, da cultura, da ideologia dominante, do poder econômico e político que influenciam o ciclo de vida e percurso de cada indivíduo, do nascimento à morte. (GUERRA, 2012).[11]

As dimensões em debate, neste caso, partem da realidade discrepante e antagônica da realidade brasileira, por isso recorremos ao item abordado sobre o contexto microssocial "[...] para definir resultados e linhas de força que em conjunto delineiam as múltiplas realidades do idoso nos contextos nacional e regionais, diversificados e contrastantes da sociedade brasileira." (MAGALHÃES, 1989, p. 16).

A realidade brasileira de acordo com Lima e Bueno (2009, p. 275), é marcada por contrastes e os idosos brasileiros vivenciam situações de desvalorização social, medo, abandono, depressão, falta de assistência e convivem com o preconceito arraigado. Igualmente, "o preconceito, a falta de informação juntamente à falta de investimentos em políticas públicas para a terceira idade, faz com que as prioridades específicas aos idosos sejam inadequadas e insuficientes para sua sobrevivência."

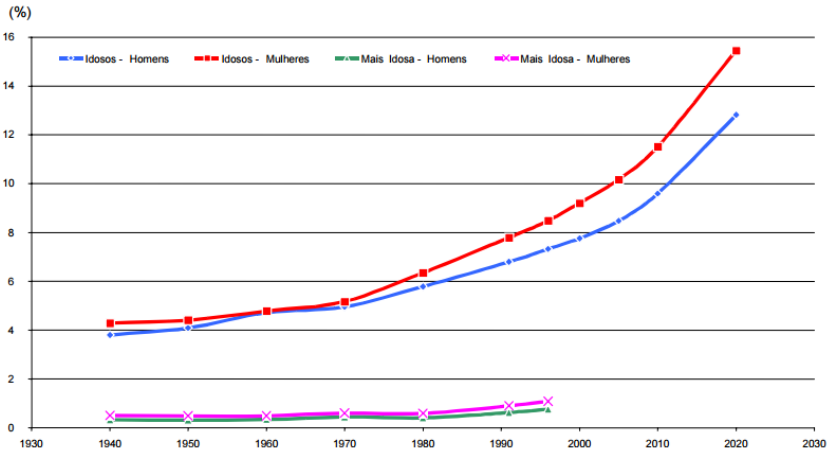
> Além disso, a proporção da população "mais idosa", ou seja, a de 80 anos e mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população considerada idosa também está envelhecendo [Camarano et al. (1997)]. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso. (CAMARANO, 2002, p. 1).

De acordo com a Secretaria de Direitos Humanos, o Brasil registrou queda de 1,5 milhão de analfabetos funcionais de 2004 a 2009, segundo o estudo. As reduções mais expressivas ocorreram nas regiões Norte e Nordeste, porém os Estados do Norte do país ainda têm a maior taxa (12,6%). O Sudeste tem o menor índice, com 9,6% de analfabetos funcionais. Pessoas idosas responsáveis pelos domicílios Total: 8.964.850, de acordo com a figura abaixo:

---

[11] Nanci Soares. Notas de aula da Disciplina "Envelhecimento humano e ativo" – Modulo 2 – ministrado na Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP – Campus de Franca/SP – 2015.

Figura 1 - Evolução da proporção de idosos e mais idosos na população brasileira por sexo – 1920-2020.



Fontes: IBGE, vários censos demográficos. Projeções populacionais IPEA (apud CAMARANO, 2002).

No que se refere à dimensão biológica, é fato que no decorrer do tempo envelhecemos, na medida em que é um processo contínuo e inevitável, a não ser que o ciclo da vida se interrompa com a morte. Do contrário, desde nosso nascimento, estamos submetidos todos os dias às mudanças fisiológicas e biológicas onde nosso corpo passa por transformações inexoráveis.

Assim, o envelhecimento é um fenômeno e a velhice é uma determinada fase deste. Neste ciclo, as pessoas ficam mais suscetíveis aquelas mudanças, especialmente condicionadas pelo momento histórico e as condições de vida em que vivenciam.

A velhice está associada a "[...] um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais", conforme descreve Camarano e Pasinato (2004, p. 4).

O organismo modifica-se conforme a idade cronológica, porém isso não significa que ocorre de modo igual para todos e muito menos que a pessoa se torne incapaz, desvalida ou inútil. A autora ainda completa que:

> O grupo social "idoso", mesmo quando definido apenas etariamente, não suscita somente referências a um conjunto de pessoas com muita idade, mas a pessoas com determinadas características sociais e biológicas [...] acredita-se que "idoso" identifica não somente indivíduos em um determinado ponto do ciclo de vida orgânico, mas também em um determinado ponto do curso de vida social, pois a classificação de "idoso" situa os indivíduos em diversas esferas da vida social, tais como o trabalho, a família etc. (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 5).

Então por mais que o plano biológico e cronológico deva ser levado em consideração para compreender as especificidades desta etapa de vida, ela não resume o que de fato expressa a velhice e nem pode ser analisada desvinculada dos demais aspectos múltiplos que o envolvem. Não são as rugas ou a senilidade que definem este segmento. São suas histórias, suas condições de vida, e as dimensões: cultural, social, econômica e política.

A exemplo estão as diferentes velhices visualizadas em países industrializados ou em desenvolvimento, em centros urbanos ou rurais.

A longevidade orgânica é realidade quase hegemônica, na medida que temos inúmeros avanços tecnológicos, no entanto, segundo Magalhães (1989) as condições econômicas, sociais e culturais, indispensáveis para assegurar a qualidade de vida não acompanham este ritmo, ocasionando então em uma velhice rica de uma lado e do outro extremamente pobre.

Por isso, é fundamental compreender a velhice, não sob o prisma da universalidade abstrata, e sim à luz da perspectiva de totalidade que envolve esta multidimensionalidade, logo, em paralelo ao modo de produção e reprodução social do atual sistema neoliberal.

Neste debate surge a velhice excluída, a velhice marginalizada, a velhice precoce – devido às condições adversas do trabalho – a velhice do pseudoidoso[12].

No aspecto cultural, é perceptível, com base na problematização do "tópico 1.1.1", as desmistificações necessárias no enfrentamento desta questão, onde a indústria cultural, o plano midiático – em apelo à jovialidade e produtos rejuvenescedores, geralmente com as mulheres que desde cedo são socializadas e treinadas para temer a velhice – delibera a ideologia pérfida do capital, constrói a imagem ambivalente, dualizada e carregada de preconceitos contra a pessoa idosa que configuram padrões e valores culturais, mitos e estereótipos da realidade da velhice.

Não se faz discussões sobre a velhice, muito menos uma preparação, é como se esta realidade estivesse longínqua de todos nós. Naquela sobreposição de que "velho é o outro". Bruno (2003, p. 77 apud NANCI, 2015) fala acerca do mito da idade cronológica, onde "[...] vivemos numa cultura que institui ser 'vergonha' declarar a idade cronológica, ser indelicado, indiscreto e falta de educação perguntar ao outro quantos anos tem."

O mesmo autor também salienta as distorções com relação à imagem do idoso: gente surda, homens ranzinzas, mulheres fofoqueiras, o que nos remete voltar aos estudos sociológicos de Beauvoir (1976) que aponta com clareza está "conspiração do silêncio"

[12] Notas da disciplina da Profa. Dra. Nanci Soares (2015), que esclarece que o pseudoidoso é aquele indivíduo de 40 anos ou menos que não mais consegue encontrar um emprego, porque o mercado não cria emprego nas mesmas proporções da demanda, especialmente empregos desqualificados ou semiqualificados.

carregada de tabus e delineações esdrúxulas sobre o velho. Estamos vivenciando este regresso.

Completamos com o pensamento de Veras (2009, p. 27 apud NANCI, 2015), que o envelhecimento é inevitável. As consequências físicas também, mesmo com os recursos da ciência. Porém, afirma o autor que é possível eliminar os preconceitos e discriminações, assim como é possível ampliar a autonomia e a participação da pessoa idosa, todavia, a isto antecede a luta de classes, para que com condições dignas e justas, realmente se efetive o real sentido do protagonismo do segmento idoso.

Assim, as reflexões neste capítulo sinalizaram a importância de compreender e romper com os estigmas e pseudovalorizações produzidas pela investida neoliberal.

Estas análises sinalizaram que a velhice é vivenciada de modo particular e único, com determinações que as condicionam de forma coletiva, o que traz claros rebatimentos para a velhice enquanto "problemática social", ou seja, especialmente para a velhice da classe-que-vive(u)-do-trabalho, os velhos e velhas marginalizados.

Na procura por delinear nosso objeto de estudo, a Política de "Envelhecimento Ativo" sentimos a necessidade do objetivo teórico em compreender a velhice pauperizada frente ao contexto de metamorfoses do mundo do trabalho, sendo este o valor central do ser social. Entretanto, a força de trabalho dos (as) velhos (as) trabalhadores (as), sob a ótica do capital não possui mais o "valor de uso", sendo então visto como inutilidade, os sobrantes, os onerosos.

Nesta perspectiva passamos a discutir sobre a urbanização, heterogeneidade e multidimensionalidade do envelhecer, percebendo a importância de tais categorias também para traçarmos uma concepção ampliada de envelhecimento ativo, tendo em vista que são elementos de análise inseridos num sistema capitalista sob a égide neoliberal mercantilista e excludente.

Dessa forma, os estudos apontaram que é necessário que a urbanização esteja preparada para acolher as demandas de um país desigual que está envelhecendo, de um país que enfrenta um paradoxo: os triunfos e desafios da longevidade que não é homogênea e por isso exige ações diversas que considere primeiramente o segmento idoso pobre.

Já a discussão sobre a heterogeneidade na velhice, apontou que o ser humano envelhece de formas diferentes, especialmente no Brasil, cujo evidenciamos e vivenciamos um contexto de crise, de despreparo e desigualdades que nos impedem de avançar na promoção do envelhecimento ativo.

Com relação a multidimensionalidade, do que foi considerado, podemos destacar: a dimensão biológica, cronológica, cultural, social, econômica e política, enfim, uma gama de elementos interligados e necessários para compreender o processo de envelhecimento e velhice em sua totalidade. Para tanto, faz-se importante compreendermos a velhice não como uma universalidade abstrata, mas sim na perspectiva de totalidade.

A fim de mapear o nosso objeto de estudo, ou seja, analisar a política de envelhecimento ativo para além da ideologia dominante que dissemina políticas e ações revestidas de contradições avaliou-se a necessidade de reflexão sobre a feminização da velhice, uma vez que a questão de gênero também perpassa tal discussão, pois a velhice em sua maioria é composta por mulheres que são as primeiras a sofrer com a opressão de gênero.

1.1.5 "Laços rosa de um velho presente": a feminização da velhice

> *"Quem sabe o que será a mulher quando finalmente livre para ser ela mesma? [...] Mal foi iniciada a busca da mulher pela própria identidade. Mas está próximo o tempo em que as vozes da mística feminina não poderão abafar a voz íntima que a impele ao seu pleno desabrochar." (FRIEDAN, 1971, p. 325).*

Kalache, Veras e Ramos (1987, p. 201) reafirmam que a reestruturação demográfica incide de forma heterogênea e encontra-se em diversos estágios ao redor do mundo. Esta reestruturação apresenta a heterogeneidade, fator que, acentua-se se analisarmos a questão de gênero, uma vez que as diversas velhices são vivenciadas diferentemente pelos sexos.

Explicita-se que a apreensão de gênero, pautada neste trabalho, é compreendida enquanto uma construção social, ou seja, trata-se do estudo de plano relacional entre os sexos, que abrange um contexto, uma história, vivências, culturas e condições ideopolíticas e sociais.

A categoria gênero distingue-se da categoria sexo, ao passo que esta última faz alusão à qualidade reprodutiva e biofísica dos seres vivos. Contudo, na atual sociabilidade em que vivemos, há resquícios patriarcais[13] em que a categoria sexo impera como determinante de nossos comportamentos, polarizando-os.

---

[13] De acordo com Monteiro (1998) o patriarcado refere-se ao poder do homem na família e na sociedade. De modo que o Patriarcado é o aparelho de dominação masculina, sistema que subjuga e inferioriza as mulheres e representa, dessa forma, uma estrutura de poder baseada no patriarca, o soberano, o pai, o homem. Sua origem advém da sociedade grega, onde as mulheres eram consideradas meros objetos de satisfação masculina. Na era primitiva, o homem teria descoberto o "poder da vida" através de seu sêmen, então passa a cultuar seu órgão genital, também chamado de "falo" que passa a simbolizar a partir deste período, a virilidade, bem como considerar a mulher como um mero depositário. Portanto, na medida em que o "poder da vida" está no "falo", o sistema patriarcal, conhecido também como falocracia, segundo Saffioti (1987), é o mais antigo sistema de dominação-exploração que atribui o direito do homem em detrimento da mulher.

As diferenças promovidas entre os sexos são falsas, porquanto "[...] as verdadeiras diferenças entre homens e mulheres, nunca é demais repetir, ocorrem no nível do corpo e nada tem a ver com as abstrações culturais desvalorizadas dos 'diferentes'." (WHITAKER, 1988, p. 10). Esta mesma autora expressa que "[...] o intrigante é que a sociedade tenha a necessidade de reinterpretá-las de modo simbólico e artificial, transformando-as em desigualdades sociais."

Vale enfatizar que concordamos com Saffioti (2004) que a discussão de gênero não é neutra, e não se limita ao postulado biologicista. É amplo e histórico, pois ele carrega doses de ideologia, a patriarcal, que encobre a desigualdade e perpetua a hierarquização e inferioridade.

Assim, a concepção gênero, inicia-se no sentido de desmistificar a transmissão de ideais assimétricos e heteronormativos, assim como, ratificar uma nova visão das relações, portanto, gênero não é sinônimo de mulher, todavia, embora a maior visibilidade às mulheres seja dada por entendermos que são as protagonistas desta opressão.

Evidenciamos a dimensão de gênero no retrato do envelhecimento onde o contingente feminino é mais expressivo. As mulheres vivem mais, estão mais propícias as enfermidades crônicas e sofrem em maior grau a discriminação e marginalização, portanto também representam a pobreza.

Em consonância com Debert (1999), Lopes (2000), Lima (2000) e Britto da Motta (2013) salientamos que "[...] homens e mulheres não envelhecem da mesma forma", portanto, é necessário realizarmos um estudo que considere as relações sexistas e gerofóbicas, de resquícios patriarcais sob a ideologia machista que atribui papéis diferenciados e fazem com que o ser humano, dependendo de suas características biofisiológicas, viva de forma diferente dos demais.

A feminização da velhice é a predominância do gênero feminino no envelhecimento populacional em curso em todo o mundo, contudo ainda é um assunto pouco abordado. Conforme Britto da Motta (2013) "[...] sobre a velhice, a literatura produzida é, desde os últimos decênios do século passado, bastante ampla. Já sobre a mulher velha, como categoria de análise, a produção rareia."

Para dar visibilidade ao fenômeno da feminização da velhice, Paiva (2014) cita que no Brasil:

> [...] em 1980, havia 98,7 homens para cada cem mulheres, proporção que caiu para 97% em 2000 e será de 95% em 2050. Em números absolutos, o excedente feminino, que era de 2,5 milhões em 2000, chegará a seis milhões em 2050. Já a diferença entre a esperança de vida de homens e mulheres atingiu 7,6 anos em 2000

> – sendo a masculina de 66,71 anos e a feminina de 74,29 anos. (IBGE, 2004 apud PAIVA, 2014, p. 197-198).

Segundo Berzins e Borges (2012, p. 23), no Brasil, em 2025, haverá mais de 50 adultos com mais de 65 anos de idade ou mais, por conjunto de 100 jovens menores de 15 anos de idade. Enquanto Carvalho e Wong (2008, p. 603) afirmam que, em meados de 2050, para cada grupo de 100 mulheres idosas, haverá 76 pessoas idosas do gênero masculino.

A discrepância entre a média de vida de homens e de mulheres é considerável, mostrando que o segmento feminino está vivendo mais.

Figura 2 - Proporção de população idosa por sexo entre 2000-2020.

	2000		2010		2020	
	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina
Proporção de população idosa (60 e mais)	7,8%	9,3%	8,4%	10,5%	11,1%	14,0%
Proporção da população Grupos de idades						
60-64	46,8%	53,2%	46,4%	53,6%	45,6%	54,4%
65-69	45,8%	54,2%	45,2%	54,8%	44,5%	55,5%
70-74	44,8%	55,2%	43,2%	56,8%	42,8%	57,2%
75-79	43,9%	56,1%	40,2%	59,8%	39,9%	60,1%
80 ou mais	39,9%	60,1%	34,7%	65,3%	33,8%	66,2%
População idosa	**6.533.784**	**8.002.245**	**7.952.773**	**10.271.470**	**11.328.144**	**15.005.250**

Fonte: SDH, Secretaria de Direitos Humanos, 2012.

De fato, as mulheres estão vivendo mais, no Brasil (IBGE, 2012), dentre a população idosa, elas representam 55,7%. Lima e Bueno (2009, p. 274) discorrem que "[...] em 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81 homens idosos. Em 2050, essa relação será de 100 idosas para 76 idosos do sexo masculino."

Essa diferença se dá por diversos fatores, tais como sua melhor percepção da doença e aceitação aos cuidados para com sua saúde, fazendo uso constante ou pelo menos maior que os homens dos serviços de saúde, tanto que falamos em demasia do Programa de Saúde da Mulher e quase não há visibilidade na Saúde do Homem.

A participação maior e ativa nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); grupos comunitários e atividades voltadas à pessoa idosa; menor exposição a riscos, trabalhos periculosos e insalubres, ditos de domínio masculino; há diferença no consumo de tabaco e álcool e a conquista de novos papéis sociais e lugares na sociedade.

A questão do declínio cerebral, não é de todo verdadeira. Estudos comprovam que o desenvolvimento do cérebro humano, tal como seu funcionamento, decorrem da função de

fatores de ordem social e cultural, do trabalho, das atividades, do lazer, enfim, de toda aquela multidimensionalidade do envelhecer.

Sendo assim, Lima (2000, p. 75), argumenta que "[...] o desenvolvimento do cérebro é simultaneamente orgânico e social. A estimulação social, a convivência em grupos, auxilia a regeneração do cérebro. Procurar estimular os seus circuitos neurais e consequentemente formar mais e mais "sinapses" amplia as ramificações das células cerebrais."

Destarte, a participação maior da mulher em grupos e na convivência comunitária, faz com que sua plasticidade cerebral seja maior o que contribui para sua longevidade.

Logo, a mortalidade feminina é reduzida por esta questão e pela diminuição da mortalidade materna através dos avanços na medicina e prevenção de agravos, pelas mulheres se arriscarem menos no trânsito e no trabalho, por consumirem menos tabaco e bebida alcoólica e se preocuparem mais com a saúde (COUTRIM, 2010, p. 68).

> Constatou-se que as mulheres vivem mais que os homens, a partir do momento que se utilizam de serviços médicos e hospitalares, principalmente no parto, de medicamentos anti-inflamatórios, antibióticos; e na menopausa, fazem tratamento adequados e do ponto de vista afetivo e social, estabelecem mais vínculos e têm mais plasticidade em suas relações afetivas. (LIMA, M. P., 2000, p. 24).

Para Neri (2007, p. 56), as mulheres idosas são as que mais frequentam grupos de convivência, movimentos sociais, viagens, oportunidades de lazer, e trabalhos voluntários, o que contribui para que elas sejam mais "conectadas socialmente", tanto na esfera familiar como fora dela.

Para compreender de qual velhice que estamos analisamos, cabe ressaltar que se trata da geração de mulheres idosas que nasceram na década de 1930 a 1950, para então, entendermos que há todo um contexto histórico árduo, da qual vivenciaram épocas de repressão, guerras, ditadura e coerção.

Por serem em sua maioria viúvas, as mulheres idosas são, muitas das vezes, chefes de família. De acordo com Neri (2007, p. 56), a presença de maior número de mulheres como chefes de família é devida a maior longevidade das mulheres acrescida do advento de políticas como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do trabalho feminino.

A mesma autora cita que nos grandes centros urbanos o número de mulheres idosas morando sozinhas é maior do que o número de homens que vivem sós, "[...] em todos os estados das regiões Sudeste e Sul, as mulheres que vivem só apresentam proporção superior a 20%." Assim, é notório que "[...] 27,5% das mulheres versus 17,7% dos homens brasileiros de mais de 60 anos sejam apontados como chefes de família." (NERI, 2007, p. 36).

Contudo, essa longevidade também pode ser associada ao sentimento de libertação associado muitas vezes ao status de viúva e por não perderem tanto o sentido da vida no processo de aposentadoria como os homens.

Essa liberdade, segundo Neri (2007, p. 49) apontou ganho da "nova velhice" feminina, pois trouxe a autoafirmação, a autovalorização e a participação social. Portanto, a longevidade feminina acrescida de melhores condições de saúde e integração origina novas expectativas no curso da vida (DEBERT, 1999, p. 36).

Segundo Peixoto (1997 apud CAMARANO, 2002, p. 6), "[...] a morte do cônjuge pode ser uma tragédia ou uma liberação. Debert (1999) considera que para as idosas atuais a viuvez significa autonomia e liberdade."

A velhice das mulheres representa, muitas vezes, uma fase de libertação e independência; fuga do mundo privado, esfera doméstica, para então obter o acesso sem discriminação ao mundo público, ou seja, um momento de experiência radicalmente nova, o que não deveria restringir-se às mulheres apenas, sobretudo somente nesta fase da vida. Debert (1999, p. 184) completa que "[...] para as mulheres, o envelhecimento significa uma passagem de um mundo totalmente regrado para outro em que se sentem impelidas a criar suas próprias regras."

Nos estudos que relatam as falas de mulheres idosas, dos quais tivemos acesso, apresentam o como foram reprimidas no tracejar de sua história, aliás, não construíram a mesma, foram introjetadas por construções anteriores de um padrão sexista de se viver. Contam que não foram permitidas a concluir seus estudos, uma formação profissional ou serem profissionais ativas, nem mesmo conheceram sua sexualidade ou foram reprimidas em demasia em diversos outros âmbitos. Por vezes, negam sua velhice por conta do "alcance" de certa autonomia nesta etapa da vida.

Assim, a experiência da velhice para elas, são percebidas como:

> Liberadas das obrigações e controles a que se submeteram quando mais jovens, consideram-se agora livres para a realização de um conjunto de atividades prazerosas, em um contexto marcado por mudanças culturais radicais que levaram a uma tolerância, cada vez maior, com as mulheres mais velhas [...] Para os homens, entretanto, essas mudanças teriam tornado o envelhecimento o momento mais amargo da vida e não uma situação privilegiada para um exercício gratificante da liberdade. (DEBERT, 1999, p. 27-28).

Já ao homem, a velhice representa, em sua maioria, o declínio, a inutilidade – mas que como vimos é direcionada pela ideologia, estigmas e pseudovalorizações do capital – já que para o sistema tornou-se improdutivo, assim sendo, fecham-se as portas da esfera pública e

eles se confinam na espera privada da qual não se sentem parte e quase nunca são inseridos, portanto, se veem sem espaço, sem identidade.

> Os determinantes materiais somam-se aos subjetivos, aos culturais, como a predominância do valor econômico dos indivíduos, que promove desvalorização social (aos destituídos de renda), quando retirados do mundo produtivo, tendo perdido a rentabilidade para o capital, privando-se da qualidade de homem (econômico) [...]. (TEIXEIRA, 2009, p. 67).

Dessa forma, o "poder do macho" se vê reduzido em sua decrepitude debaixo da "máscara da velhice" que segundo Featherstone e Hepworth (1989 apud DEBERT, 1999), se caracteriza por uma máscara grotesca imposta ao corpo de alguém onde se representa a velhice escondendo o verdadeiro "eu" aos outros. De fato, compreendemos tal máscara moldada pelas estereotipias levantadas, estigmas e preconceitos.

O mesmo processo de aposentadoria, para os homens, considerados provedores, significa o alijamento do mundo do trabalho, adoecem, sentem-se demasiadamente inúteis já que ficam confinados à esfera privada/doméstica/reprodutiva da qual nunca lhes havia sido incitado a oportunidade de ocupar este espaço. Do contrário das mulheres, que antigamente com maior rigor, estavam fadadas a ocupar tão somente esta esfera ou mesmo ocupando a esfera pública/produtiva/extra-lar mantinham as atividades do lar, do qual o homem já não se identifica.

Em ambos o sexo analisa-se que, o velho não assume a velhice. Afirma que não se comporta como velho, uma vez que lê jornais, acompanha as notícias, participa de eventos, vive a vida, como se tais atividades não pudessem ser realizadas na velhice. Como se ser velho fosse deixar de viver prazerosamente, como se a velhice não pudesse ser desfrutada.

Com base em Saffioti (1887, p. 8) a atribuição de papéis distintos influenciará diretamente na identidade social de ambos os sexos, pois a partir delas que são construídas socialmente, através do que a sociedade espera ver cumprido, cada qual com seu papel e com seu ponto definido, até onde pisará um, e quais serão os caminhos do outro. "A sociedade delimita, com bastante precisão, os campos em que se pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que se pode atuar o homem."

Todavia, é preciso destacar o que fundamenta Haddad (1986, p. 17), "[...] ainda que tenha elevado à esperança média de vida, isso não significa que tenham melhorado as condições objetivas de vida da classe trabalhadora."

Assim, embora as mulheres possuam uma expectativa de vida maior, viver mais não seja sinônimo de viver melhor, já que acumulam no decorrer da vida inúmeras desvantagens

como as duplas, triplas ou mais jornadas de trabalho, a divisão sexual do trabalho, por consequência os desníveis salariais; a violência e discriminação; a imposição do papel de cuidadora.

Camarano (2002, p. 6) também corrobora que "[...] embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas estão mais sujeitas a deficiências físicas e mentais do que seus parceiros masculinos."

> Reconhecidamente, os dilemas da velhice também se antecipam para as mulheres, seja pelo impacto das imposições biológicas que interrompem as funções reprodutivas na menopausa, seja pelos estereótipos tradicionais sobre a condição das mulheres aos primeiros sinais do envelhecimento. As características que sinalizam a velhice, tais como rugas, cabelos brancos, pequenas restrições físicas, fragilidades que se tornam aparentes, como o déficit visual, por exemplo, compõem um quadro ameaçador para as mulheres, ou para sua maioria, pois implicam em perdas dos signos da feminilidade padronizados pela cultura masculina dominante, tornando-as mais vulneráveis aos estigmas. [...] Privadas dos atributos de juventude e beleza considerados como requisitos de felicidade e prescritos pela sociedade de consumo, resta às mulheres buscar superar esses limites através de mecanismos cosméticos acessíveis. (MOTA, 2013, p. 56).

De acordo com dados da pesquisa de Oliveira e Silva (2012) acerca da influência de gênero e a participação da mulher na solidariedade entre gerações, demonstra que as relações entre avôs e avós, filhos e filhas, netos e netas, quando as genitoras trabalham no espaço público, a tarefa de "cuidar" e "ficar" com os netos é das avós.

Os avôs, geralmente aposentados, contribuem em menor intensidade com os filhos em relação às atividades domésticas. Assim, a velhice feminina continua com uma projeção de amparo e cuidado, as idosas avós continuam a assumir o papel de prover e educar os netos. O apoio familiar é visto como inerente à mulher, assim como a idealização do instinto materno.

Este cuidado visto como inato às mulheres – de acordo com a ideologia machista perpetrada pelo capital – submetem-nas ao confinamento ao espaço, privado mesmo que ocupem o espaço público. E muitas vezes nesta esfera pública lhe são reservados trabalhos temporário, para justamente não deixar o trabalho reprodutivo, pois, no caso de um trabalho "produtivo", terá maior dificuldade em cuidar dos filhos, do esposo, da "mão-de-obra" que produz para o capitalismo.

Além deste direcionamento de espaço, outra questão opressora, trata-se dos desníveis salariais, soma-se a isto a subordinação a duplas e até mesmo triplas jornadas de trabalho, onde os afazeres domésticos e maternais, aos olhos do sistema são interpretados como um trabalho sem "valor", improdutivo, quando não é desconsiderado como trabalho, e sua

dimensão exploratória são camufladas para que assim não se perceba sua tarefa enquanto condição de trabalho reprodutivo.

Nogueira (2004, p. 73) aponta que "A divisão sexual do trabalho doméstico, com gratuidade do exercício do trabalho pelas mulheres, funda e legitima socialmente as disparidades de salários [...]."

Não conseguem de imediato a percepção de que, também são exploradas no ambiente familiar. Safffioti (1987, p. 15) parte do pressuposto abaixo, no qual concordamos:

> [...] a partilha de responsabilidades por homens e mulheres, em qualquer campo de atividade, aí incluso o espaço doméstico. Não se trata de ensinar os homens a auxiliarem a mulher no cuidado com os filhos e a casa, pois sempre que a atividade de alguém se configurar como ajuda, a responsabilidade é do outro. Trata-se de partilhar a vida doméstica, assim como o lazer e as atividades garantidoras do sustento da família. Nada mais injusto do que tentar disfarçar a dominação dos homens sobre as mulheres através da "ajuda" que os primeiros podem oferecer às últimas.

Evidenciamos assim o segmento idoso vivenciando também as precarizações do mundo do trabalho seja na esfera pública (reprodutiva), seja na provada (produtiva). Segundo Teixeira (2009, p. 69) "[...] outra característica típica da realidade brasileira é a permanência dos idosos no sistema produtivo. Quase 50% dentre os idosos e um terço entre as idosas ainda trabalham, em piores situações, sem carteira profissional, mesmo quando inseridos no mercado formal."

Lima e Bueno (2009, p. 275) inferem que "[...] uma das características do envelhecimento no Brasil é o arranjo domiciliar, pois mostra que o idoso divide o domicílio com seus filhos e netos e que esse tipo de arranjo é chamado de multigeracional, acomodando 50% de idosos."

De acordo com Neri (2007, p. 48), a feminização da velhice equipara com o crescimento do número de mulheres idosas, ou seja, coincide com alterações nas normas etárias e de gênero que legitima o comportamento, as relações intergeracionais e de apoio material, instrumental e afetivo entre gerações. Tais características de mudanças variam conforme o pertencimento das mulheres às classes sociais (GOLDANI, 1999, p. 76).

Pode-se afirmar que a velhice se feminizou, metamorfoseando em um assunto de mulheres, porém, essa parcela da população afronta uma problemática muito particular, ser mulher, velha e, quando acrescida às questões da cor da pele e econômica, ela se torna ainda mais vítima de hostilidade.

Acordamos com Adriano Gordilho et. al. (2001 apud PAIVA, 2014, p. 198), ao considerar que o aumento significativo da esperança de vida das mulheres causará impacto na

demanda por políticas públicas, pois as mulheres estão mais sujeitas às deficiências físicas e mentais.

Destarte, asseveramos o que Alves e Pitanguy (2007, p. 09) completa sobre sermos destituídos até mesmo do direito a um envelhecer equivalente, uma vez que "[...] que o indivíduo seja ele homem ou mulher, jovem ou idoso, não tenha que adaptar-se aos modelos hierarquizados, e onde as qualidades 'femininas' ou 'masculinas' sejam atributos do ser humano em sua globalidade."

Acordamos que com Debert (1999, p. 189), que "[...] não se trata, portanto, de dizer que homens ou mulheres se adaptariam melhor à velhice. Em ambos os casos, estamos diante de formas diferentes de luta contra os preconceitos e estereótipos", mas sim, que a velhice é vivenciada de maneira diversa e adversa pelos sexos, não é homogênea, porquanto carrega consigo resquícios patriarcais, influências da indústria cultural, pseudovalorizações, condições de opressões e demais peculiaridades do sistema de dominação-exploração[14].

Também podemos destacar outro fator de mudança que nos fundamenta em dizer que a velhice se feminizou, através da elevada proporção de mulheres morando sozinhas, ou seja, isto sinaliza que a situação de viuvez é cada vez maior já que as mulheres vivem mais, assim ratifica-se a existência de desigualdades de gênero.

E da mesma forma que para mulher aspectos positivos como a fase de libertação, é vivenciada, também fica evidente o lado negativo quando se trata das discriminações por preconceitos sexistas e gerofóbicos.

A questão da maior viuvez feminina pode ser analisada sob o prisma que tradicionalmente as mulheres tendiam a se casar com homens mais velhos; sua expectativa de vida é aproximadamente cinco anos a mais; cuidam mais de sua saúde, logo vivem mais; ao contrário dos homens, não se casam outra vez com facilidade.

Fatores estes que contribuem para a probabilidade de sobrevivência ser maior do que com relação ao seu cônjuge. Com a longevidade maior, também ficam, maiormente suscetíveis a doenças crônico-degenerativas e com a necessidade de cuidados prolongados de saúde.

> As pesquisas gerontológicas mostram que são as mulheres de idade avançada (e não os homens) que estão mais expostas à pobreza e à solidão e que também detêm taxas mais altas de institucionalização, mais condições de morbidade, que consultam mais

[14] Para melhor compreensão, Saffioti (1987, p. 60) chama de sistema-dominação-exploração explica se trata da simbiose entre os três sistemas antigos, sendo o patriarcalismo, racismo e feudalismo, do qual emerge o capitalismo. "Na realidade concreta, eles são inseparáveis, pois se transformam, através deste processo simbiótico, em um único sistema de dominação-exploração, aqui denominado patriarcado-racismo-capitalismo."

> médicos e que têm menos oportunidades de contar com um companheiro em seus últimos anos de vida (TURNER; TROLL, 1994; GREENBERG; KOPITO, 1994). Após uma vida sem receber rendimentos ou salários adequados, não é acidental que a mulher, na velhice, seja mais pobre que o homem [...] não se dá compensação, reconhecimento ou direito à aposentadoria a mulheres cujo trabalho tenha sido primordialmente doméstico; devido à discriminação sexual, as mulheres ganham menos e, por esta razão, as aposentadorias são mais baixas [...]. (SALGADO, 2002, p. 14).

As desvantagens e assimetrias provocadas pela sociedade que segrega idades, gêneros e classes não se apresenta apenas em nível material. A vida objetiva é alienada, mas a subjetiva também. As imagens produzidas e reproduzidas da velhice também são compartimentalizadas entre os sexos e se faz prevalecer a gerofobia.

> As mulheres de idade avançada enfrentam muitos desafios gerados por leis e políticas sociais de uma sociedade sexista e gerofóbica. As crenças sexistas e gerofóbicas refletem a ênfase da sociedade na produtividade, no atrativo sexual e físico. O contexto social atual ensina e perpetua o descrédito na mulher idosa, começando com a representação da mulher velha nas histórias clássicas como bruxas, feias e malvadas (LESNOFF-CARAVAGLIA, 1984). A mulher idosa é universalmente maltratada e vista como uma carga. É parte de uma maioria invisível cujas necessidades emocionais, econômicas e físicas permanecem, em sua maioria, ignoradas. (SALGADO, 2002, p. 9).

Conforme a autora frisou, as mulheres idosas, historicamente, vêm sendo associadas à bruxas velhas ou à senhoras rabugentas. No entanto, não podemos desconsiderar o novo papel das velhas mulheres nas famílias contemporâneas: cuidadoras ou até mesmo como elencamos, chefes de família.

Aquela pessoa que mesmo com a aposentadoria mínima, é aquela que será a provedora da renda e subsistência familiar, pois, embora novamente salientamos que seja o mínimo para o atendimento das necessidades básicas, em tempos de capital, será o único. O único garantido todo mês, já que com a precarização do trabalho o restante da família encontra-se à mercê das mazelas do capital, enfrentando as diversas facetas da expressão da questão social.

De tal modo que: os membros estando fora da massa produtiva e fazendo parte dos sobrantes do capital, irão necessitar do apoio de seus familiares idosos para a segurança de renda e sobrevivência, ou, estando na labuta ativa da venda de sua força de trabalho, da qual não é paga como o justo valor, acionará a pessoa idosa como rede de apoio nos cuidados diários com o restante de seus membros, tais como: crianças, outros idosos, pessoa com deficiência ou mesmo nas tarefas domésticas.

Realidade expressa veemente no cotidiano das famílias brasileiras, e assevera Salgado (2002, p. 10) que “[...] em nível psicológico e social, à mulher é atribuído, no transcurso de

sua vida, uma série de responsabilidades na família e na sociedade em geral, que chegam com a velhice e nesses momentos, se acrescentam a ela.”

Estudos apontam que é peculiar à velhice a sua negação e sua caracterização assexuada, soma-se a isto a baixa autoestima, particularmente das mulheres, segmento mais cobrado pela sociedade neopatriarcal referente à imagem e padrões de beleza. Os velhos adquirem “sabedoria”, as velhas “rugas”. Já “os cabelos brancos e a calvície que fazem os homens parecerem ‘distintos e muito atrativos’, mostram uma mulher em ‘decadência’” (SALGADO, 2002, p. 12).

> Além dessas questões, as mulheres se tornam mais vulneráveis na velhice devido à valorização da juventude pela sociedade em que vivemos. As condições físico-psíquicas da menopausa tornam-nas ainda mais fragilizadas pelo envelhecimento do corpo, fazendo com que a questão da finitude se apresente com mais constância entre as mulheres (MORI; COELHO, 2004). Estes dois autores descrevem que as mulheres de meia-idade conceituam sua própria imagem diante do espelho como algo negativo, depreciando-a mesmo antes de a velhice se instalar. (LIMA; BUENO, 2009, p. 277).

A feminização da velhice, portanto, está muito vinculada a uma estetização da vida, ao torná-la apenas o exterior, ao associá-la enquanto capacidade meramente funcional.

Beauvoir (1976) em sua obra analisa sobre as imagens da mulher velha, aonde elucida claramente que a velhice incitada pela sociedade faz com que as pessoas mudem suas atitudes com relação a si mesmas e em relação ao mundo.

A autora traz dos dados de sua pesquisa quanto à decadência da velhice de mulheres, que desde os primórdios sofrem com a repugnância e misoginia, e os velhos homens que também lidam com um processo de castração e derrisão.

Indicam as mulheres velhas vistas como “máculas”, imagem esta, reforçada pela iconografia, mitologia e literatura desde períodos remotos, transmitindo a figura da velhice pouco definida, e quando possui definição, sempre é negativa, apresentada de forma rechaçada em diferentes épocas e lugares.

Na história humana, a mulher não teve voz, ela é uma figura oculta. A história é contada por homens, e seus protagonistas são homens brancos e jovens, com certo poderio, ou então, muita “virilidade”, tanto é que em momentos conturbados, de conflitos e guerras, espera-se que os jovens assumam o comando.

A autora denuncia a misoginia medieval, influenciada pela Antiguidade, como a Era de mulheres ogras, malévolas e bruxas, expressa por meio da literatura e fábulas satíricas. “Nesses contos, a mulher velha – é sempre um ser maléfico. Quando, porventura, pratica o

bem, é porque seu corpo, na verdade é apenas um disfarce e ela o põe de lado, surgindo como uma fada de deslumbrante beleza e mocidade." (BEAUVOIR, 1976, p. 153).

Salgado (2002, p. 9) cita, também, que essas crenças sexistas e gerofóbicas[15] são marcada, na sociedade, pela produtividade, pelo atrativo físico e sexual, o que acaba por perpetuar o descrédito à mulher idosa, no qual o tempo deixa marcas na pele, no corpo e na alma. A mulher idosa é, muitas das vezes, parte de uma população invisível cujas necessidades permanecem ignoradas. Beauvoir (1976, p. 167) cita Erasmo quando ele hediondamente diz:

> [...] estas mulheres decrépitas, estes cadáveres ambulantes, estas infectas carcaças que exalam por toda parte um odor sepulcral [...] ora exibem suas mamas flácidas e repulsivas, ora se empenham em despertar o ardor dos amantes com os ganidos de sua voz trêmula.

A velhice feminina é apresentada como um flagelo, assinalada com repulsa e marcada com injúrias. Esta velhice é escarnecida nas obras, apresenta-se um velho ridículo "[...] e sua esposa – feia e rabugenta como de costume – lhe faz amargas censuras." (BEAUVOIR, 1976, p. 129), em sua maior parte, as mulheres velhas possuem o papel de velhas esposas rabugentas, velhas cortesãs e alcoviteiras das peças teatrais.

Beauvoir (1976, p. 138), fundamenta que "[...] como o destino da mulher, aos olhos dos homens, é constituir um objeto erótico, ao se tornar velha e feia ela se vê destituída do lugar que lhe é atribuído na sociedade: passa a ser um *monstrum* repelente e até mesmo temível", assim, passa ao status de belo objeto de satisfação, para o estatuto de sobrenatural, feia e feiticeira.

Escritores da Idade Média abordam o envelhecimento com bastante pessimismo, propagando estigmas e, se pensarmos na questão de gênero, estes se acentuam. "Só enverga na velhice mazelas e motivos de desgosto, decadência da alma e do corpo, ridículo, feiura: estabelece seu início aos 30 anos para as mulheres, aos 50 anos, para os homens; para todos, aos 60 anos, só resta a morte." (EUSTACHE DESCHAMPS apud BEAUVOIR, 1976, p.164), no caso da mulher, esta "[...] continua a ser objeto de repugnância e derrisão."

Há autores que repugnam a velhice comicamente, compara-se a mulher velha à jovem, com a finalidade de humilhá-la, pois no Renascimento exalta-se em demasia a beleza do corpo feminino. Muitos pintores retratavam também a fealdade da velhice, especialmente a da

[15] Gerofobia é o termo usado para descrever os preconceitos e estereótipos, em relação à pessoa idosa, fundado na idade. Essa atitude negativa advém do medo e receio de envelhecer (SALGADO, 2002, p. 11).

mulher, pois os velhos ricos eram pintados como figuras de barbas brancas veneradas e honrosas, já as mulheres, para se ter uma ideia, são simuladas monstruosamente[16].

Em desfecho percebemos que muitas mulheres idosas estão movimentando-se na contracorrente do que lhes foram engessando, estão mudando o modo como lidam com a vida, é nesta fase que muitas se redescobrem, alteram relacionamentos familiares e sociais.

A velhice pode então, representar uma fase de libertação ao se deixar de lado padrões e obrigações impostos pela lógica de uma sociedade harmonicamente desigual, o que também não é interessante ao capital.

Na velhice, padrões e as tradições arraigadas estão sendo sutilmente confrontadas, assim como o enquadramento em papéis sexistas que estão ultrapassados. Esta etapa da vida pode ser reinventada, a partir de estratégias de construção de si mesmo, de potencialidades, redescobertas, novas conquistas e interações com o mundo aceitando suas limitações.

A feminização da velhice evidencia que as relações continuam assimétricas, mesmo que não impere o patriarcado em sua fase originária, sobretudo, porque suas formas falocêntricas e sexistas de ser, estão inseridas no modelo da sociedade neoliberal que camufla, maquiam e perpetuam tais desigualdades de gênero e de classe.

A superação das desigualdades entre os sexos parte da integração entre eles, na sociedade. Isso será possível com incentivos à participação e não com a revalidação de um sentimento de inutilidade incitado ideologicamente e apreendido por eles.

O ideal é que todos pudessem ter as condições de desenvolvimento respeitadas igualmente e pudessem ser estimulados da mesma forma ao longo da vida, sem distinções entre homens e mulheres, sem diferenciação de sexo e idade, podendo desenvolver suas potencialidades em qualquer fase de sua vida. A questão é, isso só poderá ser assegurado rompendo com o atual modo de produção e reprodução do capital alienante e explorador que precariza o trabalho, que precariza as vidas e que institui o preconceito de idade, classe, gênero, etnia e todas as dimensões da vida para manter sua hegemonia.

[16] Como exemplo, está o quadro de Quentin Metsys, em ‘A duquesa feia’, disponível em sites de busca por imagens, em que a velha mulher aparece “grotescamente ataviada, hediondamente decotada, de fisionomia bestial (BEAUVOIR, 1976, p. 182). Quevedo, Saint-Amant e MathurinRégnier são outros homens citados pela autora que lamentavelmente disseminaram a imagem da mulher idosa similar à morte e a descrevendo de forma impetuosa.

CAPÍTULO 2 CIRCUNSTANCIALIDADES HISTÓRICAS: ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

2.1 Longevidades: conquistas e desafios

O objetivo teórico da investigação deste capítulo perpassa a discussão em dois grandes blocos, sendo o primeiro abordado o aumento populacional do segmento idoso na sociedade capitalista, no contexto internacional e posteriormente na realidade de nosso país, ao realizarmos um resgate histórico. Serão ressaltadas as atitudes históricas com relação ao processo de envelhecimento e a fase da velhice, bem como as imagens e estigmas, em diferentes épocas, culturas e lugares.

O "envelhecimento ativo" preconizado pela Organização Mundial da Saúde, possui como tripé, a saúde, a segurança e a participação social, portanto iremos nos ater ao pilar Saúde, uma vez que o recorte delimitado é o espaço sócio-ocupacional da rede de Atenção Primária a Saúde (APS).

Portanto, neste segundo momento nos atemos ao contexto da Política de Saúde, colocando em pauta uma discussão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no tempo da ofensiva neoliberal, abordando conceitos como a mercantilização, privatização, sucateamento da saúde e qualidade de vida. Assim, o intento deste capítulo é mostrar que o envelhecimento populacional é uma conquista e paradoxalmente um desafio, e no tempo do capital esta promoção do envelhecimento ativo, principalmente para área da saúde, não se pode efetivar.

Por fim, relacionamos a possibilidade de contribuição do Serviço Social numa contracorrente frente ao contexto adverso do pensamento pós-moderno, especialmente em sua atuação no campo da saúde pública.

2.1.1 O contexto macrossocial do fenômeno envelhecimento humano

"O tempo é tudo, o homem não é nada: é, quanto muito, a carcaça do tempo."
(MARX, 1863 apud ALVES, 2013).

No que tange a visibilidade deste fenômeno, o mesmo está atrelado à disseminação da velhice enquanto um "problema social", ou seja, Debert (1999) explica que de início, não há como ignorar a população idosa, por ter se tornado uma parcela significativa do ponto de vista numérico, mas que deixá-la visível não foi somente por uma mudança de ordem demográfica, e sim por processos que a transformam em um problema que recebe então maior expressão e legitimidade, no campo das preocupações sociais.

> Nesta perspectiva, o envelhecimento como "problema social" não é o resultado mecânico do crescimento do número de pessoas idosas, como tende a sugerir a noção ambígua de "envelhecimento demográfico", nem apresenta uma ameaça à ordem política pelas estatísticas crescentes, mas pelas pressões sociais das lutas que congregam e adensam reivindicações, trazendo à cena pública a problemática – ou como esta é interpretada e legitimada pelos sujeitos políticos – transformando-a em demanda política, introduzindo-a no campo das disputas políticas e prioridades de políticas públicas. (TEIXEIRA, 2008, p. 42-43).

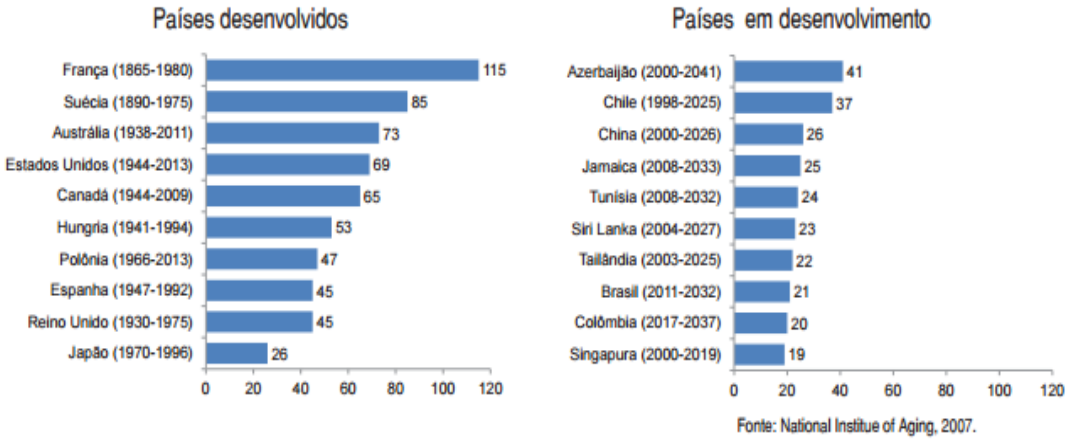
Aferimos à citação de Teixeira (2009, p. 64) assentindo que "[...] o envelhecimento não se constitui um problema social pelas restrições físicas, fisiológicas ou biológicas do organismo, pelo crescimento demográfico da população idosa, pela restrição de papéis sociais, familiares, trabalhistas."

A tendência demográfica atual é de cada vez mais elevar-se a mudança da pirâmide etária por meio do progressivo aumento do número de pessoas idosas que, inclusive, vem deixando seu formato pirâmide, assumindo a forma de um "barril" com o estreitamento de sua base a partir da redução da taxa de natalidade e alargamento do topo, através do aumento da esperança de vida, deixando-a visualmente cilíndrica.

Destarte, o fenômeno do envelhecimento populacional é heterogêneo, complexo, contraditório e multidimensional. Embora ocorra na maior parte do mundo, não o consideramos mundial se pensarmos nos países nas quais as condições objetivas de vida são pauperizadas que condicionam a população a viverem de formas subumanas. Á título de exemplificação, retomamos que o processo e as condições de envelhecimento na Noruega, Suíça e Suécia e Canadá não são as mesmas que no Afeganistão, Haiti e Moçambique.

Mas mesmo diante das diferenças ao redor do mundo entre os países considerados desenvolvidos e os em desenvolvimento, o fato é que em sua maior parte houve o crescimento deste segmento idoso.

Figura 3 – A velocidade de envelhecimento populacional: número de anos para a população de 65 anos e mais dobrar de 7% para 14%.



Fonte: IESS, 2013.

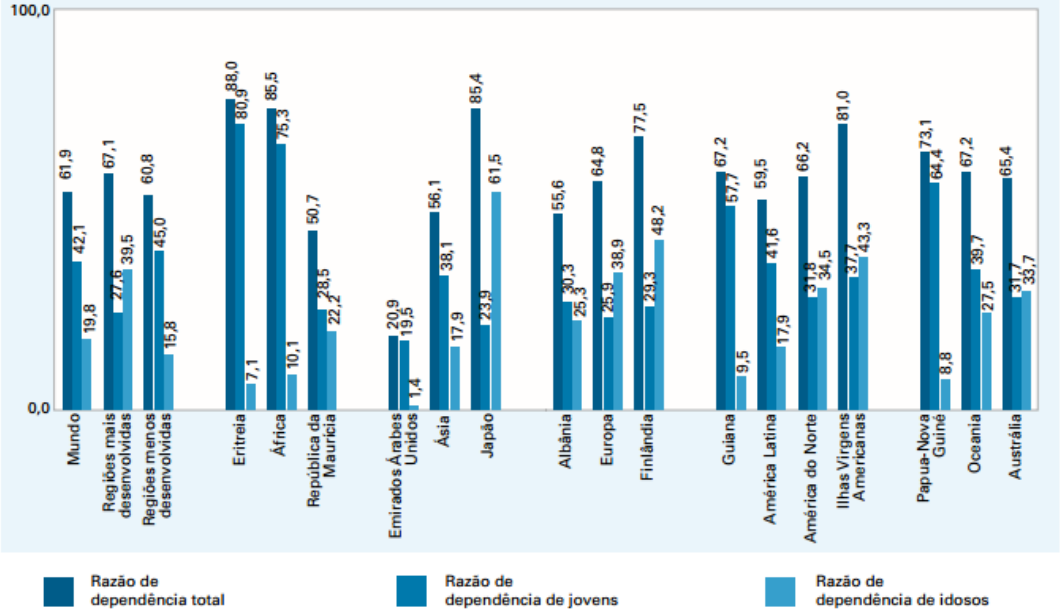
Para reforçar a consideração supracitada cabe salientar que, ainda que o fenômeno do envelhecimento populacional, ela é realidade na maior parte do mundo, no entanto de acordo com Paiva (2014), em países como a Suazilândia e o Congo, o envelhecimento populacional não está presente, sobretudo, porque é identificado especialmente nos países desenvolvidos. Tanto que, os que "[...] apresentam maior número de idosos (as) são a Grécia e a Itália, onde 24% da população é envelhecida" (PAIVA, 2014, p.26).

Nesse panorama mundial, a autora, embasada nos dados da Organização das Nações Unidas (ONU), revela que "[...] no mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais foi estimado em 605 milhões no ano de 2000, 893 milhões em 2011, com probabilidade de atingir cerca de dois bilhões em 2050, tempo em que serão tão alto quanto o da população infantil (0-14 anos)." (PAIVA, 2014, p. 25).

A projeção para o Estados Unidos, segundo Veras (2003) é de crescente aumento da longevidade, sendo que até o ano de 2040 estima-se que 12.834.000 de cidadãos norte-americanos terão 85 anos ou mais.

Esta expectativa de vida ao nascer torna-se heterogênea à medida que países desenvolvidos, em desenvolvimentos e subdesenvolvidos, apresentam suas peculiaridades, formas e condições de vida discrepantes. Logo, esta esperança de vida não se torna tão longeva assim para muitos países. A exemplo, a figura abaixo, apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), elucida tal diferenciação.

Figura 4 - Esperança de vida ao nascer segundo indicador de cada continente – Mundo – 2010/2015.



Fonte: World Population Prospects: the 2012 revision: highlights and advance tables. New York: United Nations, Departament of Economic and Social Affairs, 2013 (apud IBGE, 2014).

Esta longevidade apresentada está profundamente ligada ao considerável avanço de determinadas áreas, às transformações sociais e lutas de classe que podem ser facilmente visualizadas no que diz a autora abaixo.

Sobre a maior esperança de vida estar atrelada ao "[...] desenvolvimento tecnológico, medicina avançada e computadorizada, evolução nas pesquisas genéticas, expansão e sofisticação dos meios de comunicação, tornando o mundo pequeno e acelerado com as avalanches de novos conhecimentos espalhados pelo planeta." (LIMA, M. P., 2000, p. 16).

Também contribuíram para esse processo as lutas sociais e as conquistas relacionadas à área da saúde, visto que, são diversas as medidas preventivas como: campanhas de vacinação, prevenção de inúmeras patologias, controle de doenças infectocontagiosas, melhores condições de vida, saneamento e maior acesso aos bens e serviços.

Este fenômeno do envelhecimento que não é mundial, mas que ocorre na miaor parte do mundo, tende a aumentar em um ritmo bastante acentuado evidenciando o agravamento de "problemas sociais".

Logo o envelhecimento não por si só, mas a velhice da classe trabalhadora é uma das formas de expressão da questão social[17], quando pensamos a pessoa idosa em situação de vulnerabilidade, em situação de risco pessoal ou social.

A perspectiva eleita e o método adotado nos conduzem a priorizar a condição de classe, a falar da velhice da classe trabalhadora, da que fez e da que faz parte do mundo do trabalho, sobretudo de condições precarizadas, expropriadas e alienadas, logo, de uma vida pauperizada e de uma velhice desvalorizada e marginalizada.

> Esta fase [a velhice] condensa todo o processo de vida do (a) trabalhador (a), cujo reflexos poderão ser apreendidos tanto na dimensão individual, quanto na populacional, na mediação com as relações de produção e reprodução social capitalista, condicionantes desse processo que articula organicamente *"velhice, saúde* e *trabalho"*. (PAIVA, 2014, p. 43, grifo do autor).

Para a compreensão do envelhecimento humano, recorreremos também ao processo histórico que o engendrou, pois não só os avanços tecnológicos contribuem para o mesmo, como vimos, as lutas de classes e diversos fatores determinantes.

Em determinadas épocas a velhice significava sinal de poder e tratada com prestígio, segundo a síntese histórica Albuquerque (2008) faz da velhice até o século II a.C, em Roma e nas oligarquias gregas.

Muitas vezes nas sociedades tradicionais se apoiavam nas pessoas de idade avançada, no entanto, no momento de mudanças, transformações e revoluções, os jovens substituíam os idosos e ficavam no comando, assumindo novos papéis sociais (ALBUQUERQUE, 2008).

Na Idade Média até o século XVIII, o segmento idoso não era numeroso, pois não havia muitos recursos para se viver tanto tempo, geralmente, neste período de início do capitalismo e durante a Revolução Industrial, se não fossem abastados, estavam relegados em asilos ou à mercê.

Por fim, no século XX, marcado por inúmeros avanços em diversos setores, propiciaram-se mudanças demográficas e então cresce os estudos na área do envelhecimento humano (ALBUQUERQUE, 2008).

Quanto às atitudes históricas em relação à velhice, é possível identifica-las em diversos estudos, da qual destacamos o de Beauvoir (1976), as imagens ambivalentes e

---

[17] Trata-se do conjunto das expressões das desigualdades sociais oriundas do modo de produção capitalista, determinada pela lógica de acumulação, assim sua gênese parte das condições de trabalho nascitura deste modo de produção e são sequelas da relação de exploração de uma classe sobre a outra, tendo como expressões o desemprego, fome, violência, doenças entre outras vinculadas ao conflito capital x trabalho. Referências de Iamamoto (2000) e Martinelli (2003).

forjadas em várias épocas e lugares, reforçadas por diferentes povos, tribos, pela mitologia, iconografia e literatura. A história da velhice apresenta a velhice é distorcida, dual, medonha, figurada o tempo todo de forma satírica e repugnante.

A autora já denunciava a "conspiração do silêncio", a nosso ver, ainda velada. A velhice aparece para a sociedade como algo vergonhoso e indecente em se mencionar, e quando se faz alusões torna-se "[...] profundamente dúplice a atitude da sociedade com relação ao velho." (BEAUVOIR, 1976, p. 7).

Idealiza-se o velho de cabelos grisalhos, sábio, pacífico e com muita experiência acumulada, quase acima da condição humana. Contudo, se não apresentar tais características, é rechaçado, considerado caduco, senil, hostil, ou seja, "[...] seja como for, quer por sua virtude, quer por sua objeção, eles se situam fora da humanidade [...]." (BEAUVOIR, 1976, p. 8).

Segundo a autora, na Grécia antiga, Hipócrates, considerado o pai da medicina, compara as etapas da vida às estações do ano. Foi o primeiro a fazer analogia da velhice ao inverno, como uma fase de padecimento, perdas, mas recomenda moderação e que não deixem de realizar suas atividades.

Aristóteles com base em especulações comparava esta fase ao de um resfriamento, perda do calor, da vida, do brilho, do ímpeto. Já Galeno, século II, considerou a velhice um intermediário entre saúde e doença – funções reduzidas e enfraquecidas.

O envelhecimento era associado a um '"composto químico' e a velhice, consequência de uma autointoxicação" com observações muito vinculadas a anatomia. São interpretações mecanicistas na antiguidade onde se fazia comparação da velhice com uma máquina que naturalmente interrompe seu funcionamento com o desgaste após longo uso.

Em meados do século XIX que a Geriatria teve demasiado progresso, porém ainda não designada como este nome, salto dado especialmente na França, que possuía grande número de "asilos", que funcionavam sem políticas públicas, normativas ou regulamentações.

Nascher[18] (apud BEAUVOIR, 1976) foi considerado o pai da Geriatria, que no início do século XX propõe-se ao estudo da senescência. Em 1912 fundou a Sociedade de Geriatria em Nova Iorque, daí o interesse se eleva, não pela visão totalizadora em considerar os velhos enquanto sujeitos de direitos e sim pela expansão deste contingente.

---

[18] Visitando um asilo em companhia de um grupo de estudantes, ouviu uma velha queixar-se ao professor de diversos distúrbios. Explicou-lhe aquele que sua doença era a idade avançada. "O que é que se pode fazer?" – quis saber Nascher. – "Nada". Tão impressionado ficou com esta resposta [...] Voltando a Viena, visitou uma casa de velhos, impressionou-se com sua longevidade e com seu excelente estado de saúde. – "É porque tratamos os pacientes idosos como os pediatras tratam as crianças", explicaram-lhe os colegas. Aquilo levou-o a criar um ramo especial da medicina a que deu o nome de geriatria. (BEAUVOIR, 1976, p. 25, grifo do autor).

Remete-nos aqui, explanar uma crítica à Gerontologia nos dias atuais, que por mais que se tenham avanços, está aquém de ser uma Gerontologia Social na perspectiva de totalidade, uma vez que é fruto da égide neoliberal em que está circunscrita.

Em determinadas sociedades matava-se os membros que demostravam uma condição fragilizada ou já com os primeiros indícios de doença senil. Havia comunidades que na crença da reencarnação, consideram que o chefe da tribo deveria ser morto antes de seu declínio, para que a divindade continuasse com vigor e habitasse outro corpo, o de um sucessor.

Em outras realizavam sacrifícios acreditando que a decrepitude os acompanharia por toda a eternidade se assim chegassem a tal condição, ou mesmo eliminavam os velhos ao enterrá-los ainda vivos (BEAUVOIR, 1976).

Portanto, desde tempos remotos, a velhice é primeiramente tida enquanto uma fase degenerativa, totalmente negativa e amplamente desvalorizada. De tal modo, as sociedades criam caminhos para escapar ao que é velho, em contrapartida, ainda assim há uma ambivalência, no sentido de que, o velho, o ancião, para algumas destas sociedades também representa sua existência, a memória, o repasse e conservação de tradições e ensinamentos, e por isso, seu estatuto não é de todo definido.

Pudemos perceber que no contexto das sociedades humanas primitivas, os velhos possuíam uma trajetória em algumas vezes exaltadas, em outras, (a maioria), abandonados e expulsos de seu coletivo, considerados inúteis na colaboração e um peso para a tribo. Beauvoir (1976, p.44) salienta que "[...] a tendência de toda sociedade é viver, sobreviver; exaltar o vigor e a fecundidade associados à juventude: teme o desgaste e a esterilidade da velhice."

Estas atitudes históricas analisadas por Beauvoir (1976) demostram que os estigmas que ora nos contam que as pessoas com idade avançada eram ignoradas, invisíveis, desprezadas, ficando assim, fadadas a definharem em um canto, sozinhas, sem respaldo como por exemplo, sem a alimentação. Ora, consideravam a idade avançada justificativa para os velhos serem temidos e obedecidos, pois aconselhavam e ensinavam.

Embora na maior parte a velhice seja abordada como tempo de senescência, decrepitude e ônus e a maior parte das tribos que relegavam os velhos, houve momentos em que a influência destes velhos e velhas era justificada pelo cunho sagrado que lhes é conferido, temem que os velhos virem espíritos maléficos que os venham a atormentar posteriormente, sendo que, quanto mais velho maior seria a maldade, ou que reencarnarão em algum animal perigoso que voltaria para vingar-se (BEAUVOIR, 1976).

Destarte, de acordo com estas análises, tais atitudes contribuíram para o estatuto dos velhos – ora em condição divina, ora em condição sub-humana, como mágico/sacerdote ou como fantasma/animal perigoso – sendo importante considerar o grau de civilização, o fator econômico e de sobrevivência, a educação e tradições estabelecidas, assim como a magia e as crenças envolvidas. A partir destes estudos, comprova-se assim, que desde épocas remotas, já estão presentes as pseudovalorizações, apontadas pelo Capítulo 1.

A partir dessa reflexão, indaga-se então: os países que não estão preparados para este contingente de idosos deverão sacrificá-los? Claro que este discurso é diariamente repassado pelo sistema legitimado pela classe dominante, porém de modo sutil, a partir da negação da velhice, da exaltação do novo e cultuação do jovem, bem como da exclusão do inútil, onerosa e improdutiva classe trabalhadora que deverá ser alijada. A alienação, a exclusão, o alijamento, pois não são então forma de sacrificar a população idosa? Cabe se pensar.

Retoma-se a preocupação com a velhice, especialmente nos países desenvolvidos europeus, como a Inglaterra, de acordo com Veras (2003), o processo de envelhecimento populacional teve seu início após a Revolução Industrial, no período do Império Britânico.

Referente a dados demográficos, em 1950, havia no mundo cerca de 204 milhões de pessoas idosas, já em 1988, quase cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas, crescimento este que atingia os chamados países em desenvolvimento, embora esse contingente ainda seja proporcionalmente bem inferior ao encontrado nos países desenvolvidos conforme análise de Teixeira (2008).

O enfoque na questão do envelhecimento populacional ganhou maior expressividade na década de 1970, com base nos estudos de Camarano e Pasinato (2004), esteve atrelado a reinserção da velhice e prevenção da perda da autonomia, principalmente por este tema estar inserido em um cenário de pobreza e exclusão.

Consideramos como um marco que alavanca as discussões sobre o envelhecimento e a velhice os apontamentos realizados em 1982 em Viena, na primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (AME), processo que resultou em um plano global de ação. No entanto, ainda eram debates superficiais que tacitamente visavam o crescimento econômico em detrimento da realidade real.

Neste Plano Internacional de Ação (Plano de Viena) foram adotadas sessenta e seis recomendações de sete áreas diferentes, acordados pelos estados membros, todavia eram ações pontuais e individualizadas.

> A concepção do idoso, traçada no plano era a de indivíduos independentes financeiramente e, portanto, com poder de compra. As recomendações eram dirigidas, em especial, aos idosos dos países desenvolvidos. Suas necessidades deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado. Por outro lado, o plano também foi fortemente dotado por uma visão da medicalização do processo de envelhecimento. (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 255).

Ou seja, o espectro preponderante são os estigmas que sustentavam o Plano e propagava-se uma visão mercadológica e medicamentosa da pessoa idosa e diante dos gastos públicos necessários, acabou por não prosseguir. Mais adiante, devido às mudanças societárias, a questão do envelhecimento retorna à agenda dos países em 1990.

Contudo, a população idosa ainda não é percebida em sua totalidade e suas especificidades, sendo considerada uma população homogênea, como assevera Camarano e Pasinato (2004, p. 256), "[...] a visão predominante foi a de associar envelhecimento a dependência e a problemas sociais", e completa Souza (2003, p. 15) que é necessário ir "[...] trabalhando o idoso na sua particularidade e singularidade, levando em consideração que ele é parcela de uma totalidade que é complexa e contraditória."

Como resultado, no ano posterior, a Assembleia Geral adotou dezoito princípios agrupados em cinco grandes eixos: independência, cuidados, participação, auto realização e dignidade. Por conseguinte, a Organização das Nações Unidas (ONU), estabeleceu o ano de 1999, como o Ano Internacional dos Idosos a fim de divulgar uma "sociedade para todas as idades".

Em suma, de forma gradativa, a visão reduzida do envelhecimento vai se desmistificando parcialmente e, como consequência, os espaços de debates ampliam-se e novas ideias são apresentadas em outros fóruns da ONU, abrangendo um leque maior de aspectos relacionados à velhice de forma heterogênea.

No avançar das discussões, aconteceu a segunda Assembleia Mundial no ano de 2002, em Madri, em um contexto totalmente diferente, tanto que se procurou ressaltar tais modificações sociais, culturais, econômicas e tecnológicas.

A proposta do Plano de Ação se fundamenta em promover outra visão da pessoa idosa fora do viés negativo, porém conserva aspectos mercadologizados, desconsiderando as particularidades regionais e as desigualdades existentes. Baseia-se em três princípios, sendo eles: participação ativa; saúde e bem-estar (envelhecimento saudável) e a criação de ambientes favoráveis ao envelhecimento.

Gradualmente, obtêm-se contribuições pertinentes do Plano de Madri, que recomenda diversas medidas expressas nos seus 35 objetivos e 239 recomendações. Nisto, passa a se ter a

percepção de que o segmento idoso pode contribuir com a sociedade; há uma repercussão internacional; o estabelecimento de parcerias; a incorporação da dimensão de gênero e consideram-se as transformações da sociedade.

Nessa Assembleia de Madri, a OMS lançou o documento "Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas" que realizou uma aproximação limitada sobre o tema envelhecimento, ampliando (novamente parcialmente) o plano e a visão de velhice, ao passo que se considera os fatores determinantes para o processo de envelhecimento sendo eles: sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços.

Cabe salientar, que mesmo considerando as Assembleias de Viena e Madri marcos históricos que possibilitaram maior visibilidade sobre o tema envelhecimento e velhice, pois se voltam os olhares para o contingente idoso – mesmo que de maneira irrisória e contraditória – elas continuam debatidas sob um prisma ideológico superficial, estigmatizante e também fizeram parte da estratégia do capital em reafirmar sua hegemonia com tratados contencionistas, reforçando a visão mercadológica e de reprivatização da velhice.

Mesmo com a visibilidade pelas Assembleias a ideologia dominante continua imbuída nas ações para este segmento e esta a "ideologia da velhice" consiste em um conjunto de aspectos que são enunciados sociológicos, filosóficos, médicos, psicológicos, antropológicos e outros (HADDAD, 1993).

Mas a partir destas discussões o envelhecimento ativo é preconizado como a promoção e efetivação de três eixos fundamentais, sendo a saúde – que nos debruçaremos mais adiante – segurança e participação. Compreendemos a relação orgânica entre este tripé, todavia vale ressaltar que o pilar maiormente considerado em nosso estudo será o pilar da saúde.

Não se tem o prisma da velhice enquanto fenômeno histórico, social, econômico, político e cultural, complexo e multifacetado. Portanto, compreendê-la, significa analisar suas múltiplas dimensões: cronológica, biológica, cultural, social, econômica e política.

> [...] a velhice é um fenômeno biossocial que não existe singularmente – claramente existem velhices, em formas que, mais além da localização etária "exata" no ciclo da vida, variam segundo as referidas características biológicas socialmente condicionadas, como o sexo/gênero, a raça/etnia e própria posição social, como grupo de idade e geração, mas, também, e não por último, a condição de classe. (MOTTA, 2013, p. 15).

Esta dificuldade em se compreender o envelhecimento ao longo da história está diretamente vinculada a uma concepção de mundo traçada pela "ideologia da velhice" que

desde tempos remotos vimos nas atitudes históricas as mais diversas formas de exclusão, desvalorização e imagem negativa.

Especialmente no tempo da ofensiva neoliberal, os chamados "experts" disseminam uma visão da velhice amplamente pseudovalorizada de forma a-histórica e homogênea. Não se leva em consideração o embate entre capital e trabalho, a problematização de classes sociais, assim como, as desigualdades que marcam a vida de toda uma população.

Quando é imprescindível uma análise compreenda a existência de um sistema capitalista que controla a objetividade e subjetividade dos sujeitos, que existem relações sociais em uma dada sociabilidade. Concordamos com Paiva (2014, p. 34, grifo nosso) que:

> Para além dos aspectos biológicos, da demarcação cronológica e da amplitude populacional, há de se *considerar as relações sociais como condicionantes no processo de envelhecimento humano*, o qual será diferenciado e desigual entre indivíduos e populações, quando o recorte é o tempo e o espaço do capital, sistema definido por Marx (2001, p. 60) enquanto "potência econômica da sociedade burguesa que tudo domina". Ou seja, no âmbito das sociedades de modo de produção capitalista, a velhice é também uma produção social.

E sendo a velhice uma construção social e na atual ordem societária burguesa tendo uma produção social, identificamos que o processo de envelhecimento moldou-se em significados ambivalentes, de estranhamento e desnaturalização, neste processo, nosso intento parte de uma desmistificação, sobretudo, pela atual sociabilidade apregoar conceitos que os sujeitos assimilem sem qualquer criticidade e "comprem" esta imagem dicotomizada da velhice.

Podemos atribuir a esta imagem o que Teixeira (2008) define como a "gestão da velhice", antes considerada de espaço privado e familiar com um modelo específico de gestão que homogeneíza a categoria, com sua vertiginosa expansão, o Estado vê-se obrigada em pensar respostas frente a esta "problemática".

Esta socialização progressiva da gestão da velhice alavanca durante a história delineada pelo capitalismo, um processo de "reprivatização" da velhice como uma das respostas, transferindo-a em responsabilidade individual pela ideologia de velhice "bem-sucedida[19]", da qual a Política de "envelhecimento ativo" não está isenta conforme nossa análise.

---

[19] Assentimos com Lopes (2000, p. 30) que este termo enfatiza o exagero da concepção, que embora retire a imagem de imobilidade-inatividade, inclui uma outra distorção, a de que o envelhecimento com qualidade é de responsabilidade exclusiva do indivíduo. Sinaliza que as "[...] limitações individuais e as restrições sociais ficam obscurecidas. O velho 'se quiser' pode fazer 'tudo'."

A velhice é percebida como uma questão de imprevidência individual e de responsabilidade moral da sociedade, e em se tratando da classe-que-vive-do-trabalho "[...] constitui-se como problemática social na ordem do capital, em virtude da vulnerabilidade em massa dos trabalhadores, em especial, quando perdem o valor de uso para o capital pela idade [...]." (TEIXEIRA, 2008, p. 300).

Assim, o envelhecimento adquire um pouco mais de visibilidade social, transformando-se em uma questão pública da sociedade, fazendo um chamado à intervenção do Estado, por meio de políticas públicas. No Brasil, a política pública dirigida ao segmento idoso se relaciona com a conjuntura brasileira, com o desenvolvimento socioeconômico e cultural, bem como com a ação reivindicatória dos movimentos sociais, sobre estas particularidades iremos abordar no tópico a seguir.

2.1.2 O processo de envelhecimento e velhice na sociedade brasileira

No Brasil, o processo de transição demográfica está em curso, desenvolvendo-se cada vez em maior escala e ainda não estamos preparados para este aumento populacional, sendo necessárias políticas públicas direcionadas a este segmento e melhoria da qualidade de vida em todos os âmbitos.

Neste dado momento de conjuntura adversa vivenciada pelo desmonte de direitos, entendemos a necessidade de proposta para obter saúde em seu conceito ampliado, muito além do que "ausência de doença", mas sim como um completo bem-estar que para se alcançar condicionam-se fatores estruturais, fatoriais, relacionais e sociais.

Este conjunto de fatores (habitação, alimentação, educação, renda, entre outras garantias), e compromisso dos diversos atores: família, Estado e sociedade civil, fomentam ações "[...] no sentido de unir esforços para que o idoso brasileiro não seja visto como mais um 'problema social', mas como sujeito que tem capacidade produtiva, garantia de acesso aos seus direitos e poder de decisão sobre questões que lhe dizem respeito." (SOARES; JOSÉ FILHO, 2012, p. 12).

Afinal não podemos falar de velhos e velhas trabalhadores sem ouvir o próprio velho trabalhador, não podemos pensar estratégias para eles sem inseri-los neste debate. Não há participação se a mesma não for uma participação partícipe com voz e vez.

A história da velhice no Brasil não possui muitos registros, afinal, trata-se de assunto recente na pauta brasileira, sobretudo, por nosso país não ter uma demografia elevada de envelhecimento populacional paulatinamente como nos países da Europa e América do Norte

há mais de um século. Assim, este fenômeno inicia sua visibilidade em meados da década de 1960 e com expressivo crescimento desde então, sem precedentes.

Em âmbito nacional, segundo o IBGE (2010), as pessoas idosas representam aproximadamente 11,1% da população brasileira, o que é equivalente a cerca de 21 milhões, e, as projeções para o ano de 2020 é que este percentual atinja 14% da população. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), o Brasil tem estimativa de se tornar o 6º país com o maior número de pessoas idosas até o ano de 2025.

É considerada pessoa idosa, a definição sugerida pela OMS, onde o corte é estabelecido ao equivalente ou superior a 60 anos de idade. Quando nos referimos ao velho trabalhador em solo brasileiro, não podemos nos esquecer de que além da cronologia, também falamos da especificidade de um solo desigual, alienante e explorador, a que estes velhos foram sujeitados ao longo de seu envelhecimento.

Afinal, "[...] é a classe trabalhadora a protagonista da tragédia no envelhecimento, considerando-se a impossibilidade de reprodução social [...] principalmente, quando perde o 'valor de uso' para o capital." (TEIXEIRA, 2009, p. 64).

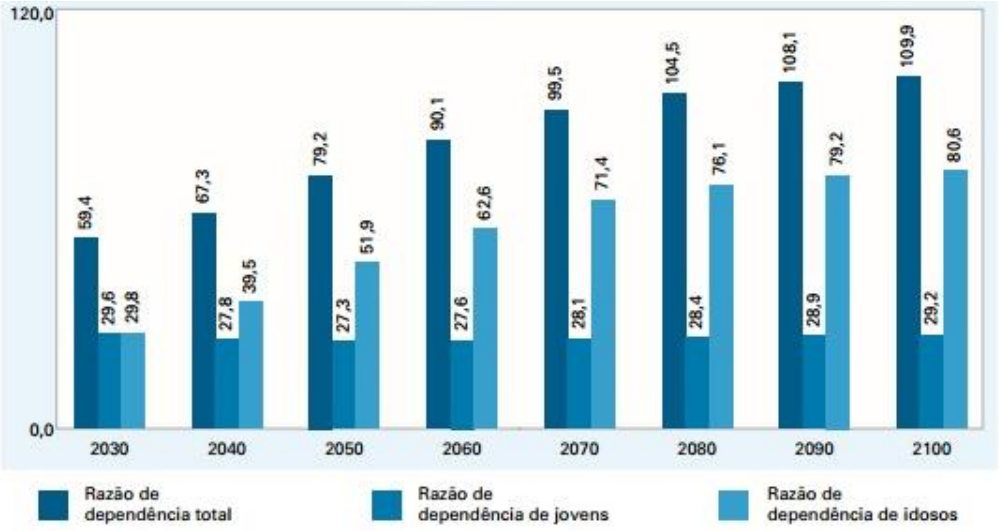
Deste modo, a velhice, no tempo da ofensiva neoliberal, é notoriamente vinculada à aspectos negativos, onerosos, onde propaga-se a imagem de fragilidade e dependência. É duplamente marginalizada por se tratar de uma velhice pobre, numerosa, marcada por faces de uma extrema desigualdade social, engendrada pela exorbitante concentração de renda.

> A distribuição da velhice por classes e grupos sociais mostra o perfil equivalente da concentração da riqueza e do poder em nosso país. No meio rural e na periferia urbana os velhos excluídos, anônimos e marginalizados. Nas classes médias, o isolamento, a perda de papéis familiares e de trabalho, associados às perdas de poder aquisitivo, não compensadas pela aposentadoria. (SILVA, 2005 apud MAGALHÃES, 1989, p. 16).

De acordo com os indicadores sociais apontados pelo IBGE (2014) com base na Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios (PNAD), 41,6% dos idosos residia em domicílios com rendimento mensal per capita igual ou inferior a um salário mínimo, sendo os valores significativamente mais altos no Norte (59,6%) e Nordeste (61,2%), além de que a inserção do segmento idoso no seio familiar representa sua inserção no domicílio como a pessoa de referência (64,4%), principalmente no caso dos homens (80,3%).

Os estudos também apontaram que 84,9% dos idosos estavam em arranjos em que havia presença de outra pessoa com quem estabelecesse alguma relação familiar, seja cônjuge, filho, outro parente ou agregado. Vejamos a figura da mesma fonte, que faz alusão à situação de dependência econômica.

Figura 5 - Projeção da razão de dependência total, de jovens e de idosos - Brasil 2030/2100.



Fonte: World Population Prospects: the 2012 revision: highlights and advance tables. New York: United Nations, Departament of Economic and Social Affairs, 2013 (apud IBGE, 2014).

O gráfico acima ilustra, segundo o IBGE, a razão de dependência total, que é medida pela razão de pessoas economicamente dependentes e aquelas potencialmente ativas, indicador este, que foi separado em dois grupos etários (jovens e idosos), sendo apontada a razão de dependência de ambos.

A citação abaixo explicita melhor a interpretação destes dados, expressa a realidade atual e projeções futuras de nosso país:

> No Brasil, a razão de dependência total passou de 58,3 pessoas economicamente dependentes por 100 pessoas em idade potencialmente ativa, em 2004, para 54,6, em 2013. Assim, este indicador mostra que houve ligeira diminuição do grupo que, por hipótese, é economicamente dependente em relação ao grupo de pessoas potencialmente ativas. Ao analisar o indicador pelos grupos etários das pessoas economicamente dependentes, nota-se que houve uma grande diminuição na razão de dependência dos jovens, passando de 43,0, em 2004, para 34,4, em 2013; enquanto para o grupo dos idosos, no mesmo período, o indicador apresentou aumento, de 15,3 para 20,2, ou seja, em 2013, havia um idoso de 60 anos ou mais de idade para 5 pessoas com idade entre 15 e 59 anos (Tabela 1.3). As mudanças neste indicador estão relacionadas ao processo de diminuição da fecundidade e de maior longevidade da população. [...] O Brasil apresentaria razão de dependência total crescente no período da projeção, passando de 59,4 para 109,9, entre 2030 e 2100 (Gráfico 1.2). A elevação seria devido especialmente pelo aumento na razão de dependência de idosos, que atingiria 80,6 idosos de 60 anos ou mais de idade para cada grupo de 100 pessoas em idade potencialmente ativa, em 2100, indicador 4 vezes maior ao atual. Dado o rápido processo de envelhecimento populacional, é importante destacar que entre os desafios que surgem neste cenário estão previdência social, saúde, cuidado e integração social dos idosos. (IBGE, 2014, p. 22-23).

Em alguns estudos analisados, encontrou-se que a história da velhice no Brasil, remonta aos períodos asilares – lembrando que para os velhos de “ontem” não era definido o

mesmo corte etário que os velhos de “hoje” – onde a preocupação, primeiramente militar, foi a de constituir lugares para abrigar soldados inválidos.

Porém, ela se inicia em 1790 quando “O Conde de Resende chega ao Rio de Janeiro para se tornar o 5º vice-rei” (SANTOS, C. R. S., 2007, p. 10) cria a primeira instituição no país “A Casa dos Inválidos” que acolhia os soldados com idade avançada e fatigados, que foi destituída de tal finalidade com a vinda da Corte e depois em 1841 seria lembrado novamente e fundado o “Asilo dos Inválidos da Pátria” e que “esquecido” novamente acabou sendo inaugurado apenas em 1868.

São poucas as informações sobre o contexto da velhice antiga ou mesmo há estudos que não estão aprofundados o suficiente, então consideraremos maiores embasamentos a partir do século XIX, que segundo Cláudia Rodrigues de Souza dos Santos (2007) foi marcado por três momentos para uma pequena construção deste panorama, sendo o primeiro o pauperismo urbano (a caridade enquanto norteadora das ações direcionadas à pobreza).

A segunda metade do século, cuja filantropia e a medicina social implantam práticas de repressão e institucionalização, e o final do século e início século seguinte, que estabelece critérios para diferenciar e institucionalizar as “classes perigosas”.

“Neste momento, a velhice desamparada emerge como uma categoria que classifica e separa determinados indivíduos do aglomerado do tipo que compõem a mendicância urbana, destinando-lhe [...] o asilo de velhos.” (SANTOS, C. R. S., 2007, p. 13).

Em determinados períodos também foi concedido ao idoso uma imagem de prestígio e respeito, porém, com as mudanças sociais e a transição para a sociedade patriarcal do Brasil colonial para uma nova ordem urbana, os velhos não possuíam mais o poder que dispunham e de acordo com Gilberto Freyre (1990 apud SANTOS, C. R. S., 2007, p. 19), “[...] a família extensa, tonar-se-ia nuclear, e a figura do patriarca idoso, autoridade máxima da família colonial, perderia seu mítico poder.”

Dessa forma, na conjuntura específica da realidade brasileira, com os estudos de Camarano e Pasinato (2004, p.79), podemos aferir que a preocupação voltada à pessoa idosa tornou-se visível quando uma das primeiras iniciativas foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em 1961, que tem como principal objetivo

> [...] congregar médicos e outros profissionais de nível superior que se interessem pela Geriatria e Gerontologia, estimulando e apoiando o desenvolvimento e a divulgação do conhecimento científico na área do envelhecimento. [...] visa promover o aprimoramento e a capacitação permanente. (SBGG).

Em 1974 a assistência ao segmento idoso era através dos centros sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)[20] somada a outra ação do governo federal por meio das aposentadorias para os trabalhadores rurais e a antiga Renda Mensal Vitalícia (RMV)[21] para aqueles em situação de vulnerabilidade social ou deficiência, ambos configuravam-se benefícios não-contributivos.

Posteriormente, ocorreram três seminários regionais em São Paulo que originou um documento propondo diretrizes para a política social da população idosa, a exemplo está a criação de serviços médicos especializados para idosos; serviço domiciliar; capacitação de recursos humanos para lidar com este público, e análise da situação dos idosos brasileiros.

Como já aludido, o Plano de Viena influencia na agenda de nossas políticas, uma vez que o Brasil passou a ser signatário, o que irá repercutir na Constituição Cidadã de 1988, no qual se prosseguiu na direção da garantia de direitos, como a obrigatoriedade do amparo ao segmento idoso no âmbito da família, Estado e sociedade civil.

Ademais, novos avanços são visíveis, como o estabelecimento de outros dispositivos legais e políticas. A Lei n. 8.842/94 - Política Nacional do Idoso (PNI) que cria um conjunto de ações com o intento de "assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo do princípio fundamental de que o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas" conforme Camarano e Pasinato (2004, p. 269).

Cabe frisar que tantos os avanços considerados durante a pesquisa, como os destacados pela autora Camarano e Pasinato (2004), circunscrevemos os mesmos como limitados sabendo que mesmo sendo reivindicações das lutas de classes, como o movimento dos aposentados e pensionistas, porém carregados de contradições, pois foram transcritos na ordem social vigente que impede a real e concreta transformação.

A PNI, assim como outras políticas sociais, está inclusa no novo padrão de respostas às refrações da questão social. Neste novo padrão, Teixeira (2008), destaca a setorização e focalização. Assim, a PNI "[...] toma o idoso como um grupo etário, homogêneo, e mascara não apenas as desigualdades sociais, mas também a tragédia do envelhecimento." (TEIXEIRA, 2008, p. 266).

---

[20] Atualmente a sigla alterou-se para Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), essa mudança de nomenclatura ocorreu em 1990.

[21] Extinta em 01/01/1996 quando entrou em vigor a Lei nº 8.742/1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), assim deixou de ser responsabilidade do INSS e foi transferida para a área de Assistência Social. Hoje, nos referimos ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) que se originou deste primeiro.

Outro marco relevante é a conquista da Lei Estadual nº 9.892 de 10 de dezembro de 1997 que instituiu a Política Estadual do Idoso (PEI) do estado de São Paulo, que tem por objetivo é "[...] garantir ao cidadão com mais de sessenta anos as condições necessárias para continuar no pleno exercício da cidadania" e que se organizam em princípios, objetivos e metas e propõe ações concretas nas diversas áreas: saúde, educação, assistência social, habitação e urbanismo, cultura, turismo e lazer, entre outras.

Mas a maior conquista, embora com suas limitações, podemos enfatizar que se deu com a Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 que dispõe do Estatuto do Idoso assegurando direitos fundamentais (à vida, à liberdade, ao respeito e dignidade, à saúde, à educação, à profissionalização e trabalho, entre outros), das medidas protetivas em situação de desproteção, abandono, maus-tratos, violências, infrações. Também regulamenta do atendimento ao idoso em entidades e demais disposições que são de leitura indispensável.

Também iremos nos ater, para o desenvolvimento desta Dissertação de Mestrado, sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso, estabelecida pela portaria GM/MS nº 1.395/1999 e revisada pela Portaria GM/MS nº 2.528/2006 que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que aborda sobre a atenção à saúde adequada e digna da pessoa idosa e tem como uma de suas diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Em âmbito nacional, foi estabelecido o Dia Nacional do Idoso em 27 de Setembro de 1999, pela Comissão de Educação do Senado Federal a fim de suscitar uma reflexão acerca da condição da pessoa idosa. No mesmo ano, já havia sido considerado pela ONU, o Ano Internacional do Idoso.

Os instrumentos de direitos, em um contexto histórico, outro que devemos considerar, mesmo com suas limitações, mas que promovem direitos é a Lei n° 10.741/2003 - Estatuto do Idoso, assim como outros aparatos legais, novamente frisando que são direitos plausíveis pelo neoliberalismo e não pelo princípio da equidade.

De acordo com Uriona e Hakkert (2002 apud CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 270), "[...] uma lei geral voltada especificamente para os idosos é consoante com a construção de um entorno propício e favorável para as pessoas de todas as idades."

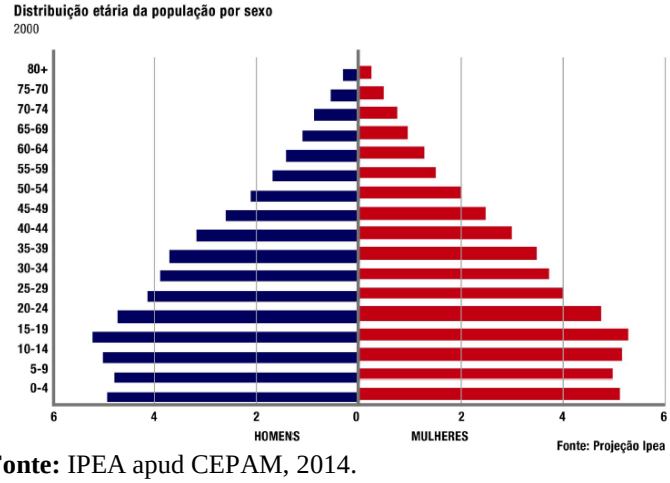
Em síntese, as referidas legislações, entre outras, constituem um importante quadro de avanços, fruto de ações reivindicatórias dos movimentos sociais do segmento idoso, e incitam novas discussões. Entretanto, mesmo com uma estrutura avançada em termos de política, o Brasil está muito aquém do âmbito da materialização do que está circunscrito nestes aparatos.

E complementamos com Camarano e Pasinato (2004, p. 282) que "[...] a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa é bastante avançada. No entanto, a prática tem se mostrado pouco satisfatória."

Veras (2003) sinaliza que a estrutura etária da população brasileira acentuou-se por várias razões, dentre elas a significativa diminuição das taxas de natalidade e mortalidade[22], especialmente a infantil, que se explica pela mudança no padrão reprodutivo, como a redução da taxa de fecundidade principalmente nos centros urbanos.

Em âmbito Estadual, na tabela e gráficos que se seguem podemos analisar a realidade territorial do Estado de São Paulo. As informações abaixo foram fornecidas pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (Cepam),[23] localizada na cidade de São Paulo/SP.

Figura 6 - Distribuição etária da população por sexo relativo ao ano de 2000



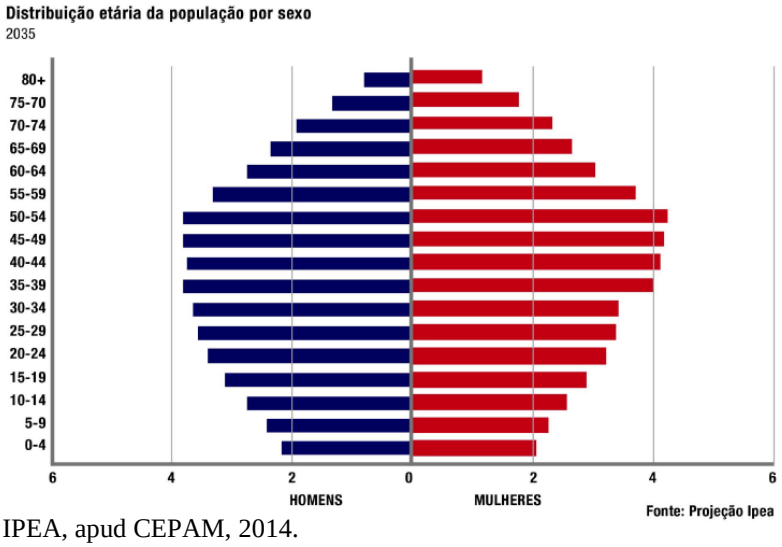
Fonte: IPEA apud CEPAM, 2014.

Podemos observar na figura acima, que ainda se trata de uma pirâmide, cuja forma irá metamorfosear-se, conforme já é possivel visualizar, na imagem abaixo, da qual a tendência será invertê-la, com o passar dos anos, devido ao aumento significativo da população envelhecida.

[22] Segundo Kanso (2013, p. 12), antigamente as causas predominantes de morte eram doenças infecciosas e parasitárias, enquanto hoje 63% das causas são doenças não transmissíveis. Assim, melhores condições de vida, no que concerne à situação econômica, social, ambiental e cultural, contribuíram para o aumento da esperança de vida e, conseguintemente, o aumento do envelhecimento populacional.

[23] É uma fundação do governo do Estado de São Paulo, vinculada à Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional, que apoia os municípios no aprimoramento da gestão e no desenvolvimento de políticas públicas.

Figura 7 - Distribuição etária da população por sexo relativo ao ano de 2035.



Fonte: IPEA, apud CEPAM, 2014.

Tabela 1 - Distribuição da População em grandes grupos etários no Estado de São Paulo de 2000 a 2050

Anos	Porcentagem			
	0 a 14	15 a 59	60 e mais	Total
2000	26,3	64,7	9,0	100,0
2010	22,2	66,8	11,0	100,0
2020	19,0	65,9	15,1	100,0
2030	16,4	63,6	20,0	100,0
2040	14,3	60,6	25,1	100,0
2050	13,2	56,8	29,9	100,0

Fonte: Seade apud CEPAM, 2014.

Percebe-se que em números absolutos, em acordo com a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), a população com mais de 60 anos triplicará em 2050, chegando a mais de 14 milhões[24] de pessoas.

Na região Sudeste do Brasil, à luz das pesquisas do IBGE (2014), a taxa de fecundidade total é de 1,63, e a esperança de vida ao nascer de 76,6 (sendo de 73,3 para os homens e de 79,8 para as mulheres). No Estado de São Paulo, é de quase 70 anos para os homens e mais de 80 para as mulheres.

Diante destas informações, sabemos que, a sonhada longevidade tornou-se uma conquista e concomitante a isto, um desafio, ao pensarmos quais as condições de vida se oferece a este segmento da população que cresce expansivamente. Igualmente, Camarano e

[24] Ainda segundo a Seade (2015) a população total do Estado de São Paulo chega a 43 milhões de habitantes.

Pasinato (2004, p. 253) expressam que um grande desafio é assegurar que o "[...] desenvolvimento econômico e social ocorra de forma contínua, com base em princípios capazes de garantir tanto um patamar econômico mínimo para a manutenção da dignidade humana."

Por fim, todo esse contexto descrito, foi preciso para compreendermos de forma sucinta a questão do envelhecimento na sociedade atual.

Deste modo, o conjunto dos fatores históricos aqui retratados, dentre outros, são responsáveis por prolongar a expectativa de vida da população, porém não lhes asseguram a garantia de um envelhecer com condições dignas.

A mudança etária, evidenciada no início, por meio da Tabela 2, também é ocasionado pela inequívoca redução da taxa de natalidade, que segundo o IBGE (2010), a média de filhos no país é de 1,86, juntamente provocado pelo aumento da expectativa de vida que também segundo o IBGE (2012) passou para 78,3 anos paras as mulheres e 74,1 para os homens, o que comprova também que a feminização da velhice está acorrendo, item que consideramos relevante analisar, pois mostra uma das facetas deste processo e comentaremos mais adiante no presente trabalho.

Já os estudos acerca da história da velhice no Brasil, como apontamos, são incipientes. Falar de envelhecimento populacional tem sido temática recente em âmbito nacional, sobretudo, quando se pesquisa dados da pobreza na velhice, estes então, tornam-se escassos, raros mesmo, é o silêncio de uma "realidade incômoda" que está sendo ignorada proposital e neoliberalmente.

Apenas conseguiu-se dados referentes ao perfil antropométrico (TAVARES; ANJOS, 1999) da população idosa brasileira, embora não seja nosso foco, são dados que dizem muito, mesmo que relativos à 1999, onde são sinalizados o aspecto nutricional atrelado não só ao estilo de vida, região e gênero, mas também às condições de vida, a qualidade de moradia, alimentação, renda e, logo, as desigualdades sociais.

Dessa forma, são caracterizadas as discrepâncias com relação aos velhos pobres da época, porém, referente aos agravos nutricionais (magreza, sobrepeso, mudanças fisiológicas, patologias, entre outros).

De todo o contexto apresentado, como vimos, o envelhecimento populacional ocorre de fato, e não só por meros apontamentos e indicadores demográficos, não excluindo sua análise significativa. Mas também se correlacionam diversos elementos estruturais e fatores político, econômico, social e cultural.

Os aspectos socioeconômicos, políticos e culturais estão imbricados neste âmbito. Abordaremos, portanto os desafios e perspectivas, bem como, a postura adotada carregada de aferições negativas da velhice que precisam ser desmistificadas, rumo a medidas e políticas sociais voltadas para a classe-que-vive(u)-do-trabalho, para então com a ruptura do *status quo* alcançarmos a transformação societária. De início discutimos à questão da Saúde, como área em que nos aprofundaremos enquanto pilar específico da Política de Envelhecimento Ativo. Dessa forma, o pilar em tela será explanado no próximo eixo.

2.2 Aproximações com a questão Saúde

2.2.1 A (des) regulamentação das Políticas Públicas: Atenção Primária à Saúde (APS) e aparatos legislativos

A questão de saúde é universal, mas nem sempre foi assim, para a conquista destas ações e um sistema único, muitas lutas e embates ocorreram.

Com o capitalismo industrial que trouxe inúmeras modificações – tais como o surgimento da maquinofatura; recrutamento de mulheres e crianças na massa laborativa; a iluminação a gás, a produção em grande escala; o aumento da jornada de trabalho e demasiada exploração; a pauperização, a mendicância e a migração – o capitalismo se vê ameaçado com a sua "mão-de-obra" adoecida e improdutiva pelas próprias condições que ele criou, assim abriga-se a criar estratégias para a saúde do trabalhador.

Referenciamo-nos em Bravo (2013), que em seus estudos analisa o processo de dominação e acumulação capitalista, aponta que este processo incitou ondas revolucionárias, manifestos, e reinvindicações especialmente por toda a Europa, e o capital se vê obrigado a dar uma resposta às diversas epidemias, insalubridades e patologias por ele estimuladas.

No período revolucionário do século XVIII, a Saúde propaga a Medicina Social, vinculada a um pensamento progressista, porém que interligava a saúde às condições de vida da população, já que o capitalismo industrial as deteriorou.

"Os problemas de saúde, suscitados pela Revolução Industrial, não afetaram apenas o proletariado, mas também as classes dominantes, pois estas não ficavam imunes às epidemias que grassavam nos novos centros industriais." (BRAVO, 2013, p. 34).

Dessa forma, estaria comprometida não só a mão-de-obra, mas o sistema como um todo, o que tornou terreno fértil para as lutas sociais e para se pensar medidas estatais de intervenção, "[...] a reprodução do capital necessitava de serviços de saúde eficazes [...] e um

novo estilo de vida que combinasse pobreza e higiene.” (SINGER et. al., 1987 apud BRAVO, 2013).

Medidas higienistas, de disciplina e de saneamento do meio, eram adotadas na perspectiva de ser fazer um ‘limpa’. A autora supracitada salienta que nos Estados alemães, na época, adotou-se a ‘polícia médica’, no intendo de manter a dominação tendo a saúde como instrumento de controle sobre a vida social (BRAVO, 2013).

Da Medicina Social, destrincha-se a Medicina Urbana, com o desenvolvimento das cidades, o crescimento de proletariados e o aumento das tensões políticas e a Revolução Francesa, assim “[...] a medicina urbana, com seus métodos de vigilância e hospitalização, é um aperfeiçoamento do esquema político-médico da quarentena realizado na Idade Média.” (BRAVO, 2013, p. 39).

> Engels, ao analisar as condições da classe operária na industrialização capitalista, atribuiu aos determinantes sociais (tais como moradia inadequada, desnutrição, concentração demográfica, etc.) a responsabilidade pelas doenças, em particular a tuberculose, a febre tifoide e o tifo. O trabalho de Engels foi muito importante para os estudos de alguns médicos franceses, alemães e ingleses, que relacionavam a situação de saúde com as questões sociais. (WAITZKIN, 1980 apud BRAVO, 2013, p. 42).

As *Poor Laws* (Lei dos Pobres), também haviam contribuído para uma nova prática em relação à assistência médica com a noção do bem-estar social, uma vez que reconhecendo a pobreza, formaliza a assistência ao indigente e possui com objetivo central a redução da taxa de pobres.

Nessa conjuntura, o que se pretende é criar um mercado livre de “mão-de-obra” barata, no entanto saudável, domada, e que estejam aptas ao trabalho e não precisem da assistência destinada aos velhos e doentes.

Portanto a Medicina que surge no final do século XIX, sobretudo na Inglaterra, é a de controle da saúde e do corpo da classe trabalhadora, que percebe que as mudanças políticas e econômicas ocasionam alterações também na atenção à saúde (BRAVO, 2013).

> O Estado inglês, liberal por excelência em períodos anteriores, na segunda metade do século XIX, em virtudes das modificações do próprio capitalismo que inicia sua fase monopolista, reformulou-se. Foi implantada uma rede ampla de medicalização de cuidado ao pobre e a adoção de medidas gerais de controle do ambiente. (BRAVO, 2013, p. 44).

Mais adiante, o contexto da Saúde vai se modificando, o enfoque então passa a ser biologicista individual e no início do século XX desenvolveu-se a ciência experimental, houve

a descoberta de teorias bacteriológicas e outras evoluções. Na Alemanha a criação da Previdência Social é um grande passo.

Nos Estados Unidos, o *flexnerianismo* constituiu-se um marco para a medicina em todo o mundo, fruto do Relatório Flexner de 1910, foi um documento que transformou a medicina moderna.

Propunha-se a medicina baseada na experiência em laboratórios, através dela descobriram-se métodos assépticos e antissépticos, que reduziam mortes por infecções, o tempo de recuperação e minimização de dores com a introdução da anestesia (BRAVO, 2013). Mesmo com tantos avanços, a prática médica ainda se restringia a uma concepção funcional e individual.

Em 1940 o conceito de saúde-doença é ampliado, substituindo o enfoque biológico, para uma análise conjuntural do fenômeno, compreendendo as causalidades múltiplas. Neste sentido, a medicina liberal vai dando lugar à medicina assalariada com a expansão da assistência médica pelo Estado.

De acordo com os estudos de Bravo (2013) em Genebra, 1948, realizou-se a primeira Assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS), momento em que foi elaborado um novo conceito de saúde, que vai além da ausência de doença, e sim, considera o "[...] completo bem-estar físico, mental e social." Uma década depois, a saúde caminha a largos passos da institucionalização de seus serviços e se utiliza cada vez mais de avanços tecnológicos e técnicas sofisticadas.

Neste momento propôs-se a Medicina Integral e Preventiva "[...] voltadas para a organização parcial do ato médico individual [...], como reação ao excesso de especialização" (BRAVO, 2013, p. 68).

A primeira não provocou grandes transformações na política social de saúde, e sim, causou confronto entre o caráter fragmentário e as ações terapêuticas. Na Medicina Preventiva se projeta maiores mudanças na prática médica.

Para Arouca (1975 apud BRAVO, 2013, p.71), faz sentido o investimento na prevenção, uma vez que os gastos com a atenção médica são exorbitantes, sendo um modelo pertinente com alternativas de intervenções estatais, porém não rompem com a organização liberal da prática e do poder médico.

No ano de 1960 a proposta se torna outra, a Medicina Comunitária, tem como estratégia a forma de prestação de serviços aos excluídos, almeja na verdade, minimizar as contradições, pensando na pobreza, nos 'inválidos' para o sistema, e em como atenuar tais tensões.

É necessário compreendermos brevemente o contexto em que a medicina, a área da saúde e as políticas surgem, para então adentrarmos o campo específico de nossa pesquisa, pois, o enfoque será realizado em um dos níveis de organização da Política de Saúde, sendo esta a Atenção Primária.

As propostas que surgiram então na década de 1970 e 1980 são consideradas como propostas racionalizadoras, dentre estas ações, a Integração Docente-Assistencial (IDA), também advinda dos EUA, que terá como desdobramento a proposta inicial de atenção primária de saúde e com a meta "Saúde para Todos até 2000" que consta no documento de Alma-Ata (1978).

A IDA iniciou o processo de regionalização dos serviços, a reformulação de programas acadêmicos em um movimento de reforma médica. De acordo com Bravo, (2013, p. 83), "[...] a proposta poderia ter tido caráter transformador se não fosse encarada apenas como uma estratégia de articulação interinstitucional ou programática."

Mesmo com a IDA lançando a proposta da atenção primária, esta rede de Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada como Atenção Básica (AB), já havia sido propagada através do Relatório de Dawson, médico que elaborou em 1920 a proposta inédita de um esquema de rede de cuidados.

Propôs sua organização por hierarquização e regionalização, assim, contemplou conceitos como o de território, referência, atenção primária, porta de entrada, acolhimento e vínculo (BRAVO, 2013).

Outro marco importante na APS foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata na data de 1978, que formulou uma declaração estabelecendo compromissos nacionais e internacionais para o desenvolvimento da promoção à saúde, especialmente no que tange os cuidados primários de saúde.

No Brasil, diante de um contexto ditatorial, surge o movimento sanitarista, no início da década de 1979, onde ganha ímpeto a luta por uma nova reestruturação do sistema de saúde, engendrou debates na 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília e, a posteriori, muitas das discussões foram incorporadas pela Constituinte. Dessa forma, a saúde passa a ser um direito de todo cidadão, bem como, dever do Estado provê-la de forma universal e igualitária (CNS, 1986).

Bravo (2002. p. 2) faz um apanhado geral de nosso país no aspecto da saúde:

> No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no Século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e

> políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30.

Com relação à saúde ter sido garantida no patamar de responsabilidade do Estado e direito da população, Arouca (1998 apud BRAVO, 2001) expõe que o movimento social de Reforma Sanitária surgiu na luta contra a ditadura e através desta 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986), pôde ter um pouco mais de notoriedade, tanto que reuniu mais de cinco mil representantes de diversos segmentos da sociedade civil, em função de propor um novo modelo de saúde para país. "O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado."

> Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998).

A Conferência Nacional de Saúde alavancou no cenário da saúde a participação da sociedade e reflexões no âmbito do Sistema Único e da Reforma Sanitária e nesta 8ª Conferência. Engendrou-se um relatório final em 1986 com proposições moldadas a partir das pré-conferências realizadas anteriormente na época, onde os seguintes temas de maior relevância foram: saúde como direito; reformulação do sistema nacional de saúde, e financiamento do setor.

A Constituição Federal de 1988 fruto de reivindicações sociais e da luta de movimentos como a Reforma Sanitária, especialmente verificada nos artigos 196 a 200 na Seção II – Da Saúde; estabelece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como um arranjo organizacional do Estado para a efetivação da política de saúde pública.

Constitui-se importante arcabouço legislativo a Lei nº 8.080 de 1990, conhecido como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Ressaltamos também a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) de 1996, que "[...] a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do

SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema." (BRASIL, 1997, p. 6).

Diante deste quadro geral da Saúde, especificamos então sobre o campo da Atenção Básica ou Primária[25], em função de delimitarmos este, o universo da pesquisa, tendo em vista a vastidão da área da saúde e entendo a importância deste espaço sócio-ocupacional.

A rede APS por sua vez, tem como estratégia prioritária – segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2006) – a sua organização de acordo com os preceitos do SUS, ou seja, deve funcionar em concordância com que dispõe a LOS.

Nesta perspectiva, a PNAB orienta-se pelos princípios da "[...] universalidade, da acessibilidade e do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social." (BRASIL, 2007, p. 12), e segue o que se rege na Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003, também denominada Humaniza-SUS.

Vejamos que, criada recentemente em 2003, a PNH ainda não se configurou nos atendimentos, aonde a desumanização chega ao nível de considerar os sujeitos somente como um número, uma senha, um prontuário, um braço, uma perna, uma doença, um pedaço e não um todo.

Em se tratando dos (as) velhos (as) trabalhadores (as), a questão se acentua, como se velhice e doença fossem um pleonasmo. São vistos como dispendiosos ao sistema, um problema, um ônus, um nada.

Teixeira (2008, p. 41) aponta "[...] que é para os trabalhadores envelhecidos que essa etapa da vida evidencia a reprodução e a ampliação das desigualdades sociais, constituindo o envelhecimento do trabalhador uma das expressões da questão social na sociedade capitalista."

Embora, a PNH seja uma política nova, já se transcorreu mais de um decênio de sua implantação, aliás, algo que a nosso ver nem deveria ter-se criado, ao passo que a implantação pressupõe uma falta, uma ausência, e que na verdade, devia ser uma "política" inerente à forma de atendimento.

Mas é claro que, não sendo "fatalistas e nem messiânicos" (IAMAMOTO, 2000), não podemos ser ingênuos de esquecer que o sistema de saúde está submetido à racionalidade burguesa, da qual a humanização não lhe é interessante, e se funcionasse eximiamente,

[25] A Atenção Primária ou Atenção Básica deve ser a porta de entrada principal do cidadão ao Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de estruturar redes integradas de Atenção à Saúde, provendo os cuidados essenciais, básicos, em um primeiro nível de contato com a comunidade. Trata-se de um conjunto de ações para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

teríamos a falência dos sistemas privados que alimentam o grande capital e servem à classe dominante.

Contudo, retomando o que nela está disposto, a PNH possui diretrizes específicas nos diferentes níveis de atenção, sendo que na Atenção Básica estabelece que:

> 1. Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde. 2. Incentivar práticas promocionais de saúde. 3. Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema. 4. Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 13).

A realidade da política de saúde caminha na contramão do que está preconizado, isto é perceptível falta de otimização dos serviços, pelo contrário, nos deparamos com filas extensas; ausência de profissionais capacitados; recursos escassos como a falta de medicamentos e aparelhagem necessária; quantidade em detrimento da qualidade do atendimento; descaso e descrença.

Mesmo diante deste cenário adverso, consideramos importante a proposta de promoção da "Saúde da Família" que surge em 1994 por iniciativa do Ministério da Saúde. Com destaque aqui, para a Portaria nº 648/GM de 28 de Março de 2006, também disponível na PNAB, onde em seu Capítulo 1 dispõe que a Atenção Básica caracteriza-se por:

> Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...] *A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde*, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2007, p.12, grifo nosso).

O espaço da Estratégia de Saúde da Família (ESF) dá continuidade ao anterior Programa de Saúde da Família (PSF)[26], que compreende as ações e serviços que compõem a Atenção Básica ou Primária.

A nomenclatura alterou porque o termo Programa tem o sentido de início, meio e fim, porém não há um período para finalização e por não se tratar de caráter temporário, definiu-se

[26] O Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado no Brasil em 1994, representa certamente a proposição de mais largo alcance para organização da Atenção Primária.

que o termo Estratégia é mais amplo, pois não prevê tempo de conclusão e remete a um trabalho continuado.

É importante caracterizar, assim como Soares (2010) que as ESFs não atendem à universalidade de sua demanda a que se propõem, implantada no tempo da ofensiva neoliberal constitui-se em um programa básico e precarizado, centralizado numa equipe de profissionais reduzida sem condições de uma efetiva promoção da saúde. Contudo, assentimos que:

> É importante ressaltar a distinção entre a defesa da atenção básica como relevante estratégia na organização dos serviços que consta no projeto de reforma sanitária e a proposta da atenção básica parametrada na focalização na pobreza. Enquanto que a primeira proposição defende a atenção básica numa perspectiva universalizante, integrando ações de caráter coletivo e ações tipicamente de assistência médica, relacionando-se à democratização e à participação social; a segunda defende uma atenção básica focalizada, direcionada para os aspectos individuais da assistência, numa concepção restrita, distanciando-se das três grandes funções da política de saúde pública: a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação. (Viana & Fausto, 2005). (SOARES, 2010, p. 48-49).

Outro lócus que compõe a Atenção Básica, revestida de caráter contraditório e de tensionamentos são as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) ou Postos de Saúde, locais onde a população recebe atendimentos básicos e gratuitos em algumas especialidades e tem como serviços principais as consultas médicas, vacinações inalações, curativos, coleta de exames laboratoriais, fornecimento de medicação básica e encaminhamentos para demais especialidades e serviços da Atenção Secundária.

Não obstante a APS seja a porta de entrada e de promoção e prevenção, paradoxalmente, institui programas focalizados na doença, não possui uma leitura crítica e politizada, e os profissionais amarrados na cotidianidade os reproduzem de forma conservadora, desarticulada e individualizante, com base naquilo que está aparente – a patologia – e não empreendem ações em sua totalidade.

Vale salientar o que ainda em Vasconcelos (2002) se discorre sobre a necessidade de um trabalho que antes de tudo, demanda a superação das ações incoerentes, verticais, focalizadas, destinadas ao controle de determinadas patologias e novamente limitando-se a prática paramédica.

Em suma, os avanços na área da saúde são inúmeros, todavia as dificuldades também são diversas, uma vez que toda Política carrega consigo o processo de lutas e reivindicações da classe trabalhadora, entretanto sob a égide capitalista são carregadas de contradições.

A porta de entrada da saúde tem como proposta assegurar direitos, viabilizar a promoção da saúde, especialmente voltada à família e a territorialização para facilitar o cuidado às famílias e indivíduos, todavia estas mesmas ações possuem suas limitações no interior da lógica da razão burguesa.

> A razão burguesa passa, então, a subordinar cada vez mais as suas categorias à alienação humana, ou, nas palavras de Coutinho, "entre o que a burguesia apressava-se a abandonar estava, talvez em primeiro lugar, a categoria da Razão". Assim, o objetivo ideológico da burguesia passa a ser "negar ou limitar o papel da Razão no conhecimento e na práxis dos homens", seja enveredando para o irracionalismo – processo denominado por Lukács como *destruição da Razão* – seja para a decadência da racionalidade, aprisionando-a ao formalismo agnóstico – movimento denominado por Coutinho como "miséria da Razão". (Coutinho, 1972: p. 7;9). (SOARES, 2010, p. 26-27).

Ainda de acordo com SOARES (2010, p. 99-100) esta lógica de razão burguesa refuncionalizam tais ações redirecionando as Estratégias de Saúde da Família "vinculadas à incorporação dos determinantes sociais na concepção de saúde/doença, mas que pode se restringir à responsabilização individual via práticas comportamentais de saúde, etc."

Além do mais, vivenciamos um contexto do autoritarismo do pensamento pós-moderno regido pelo capital neoliberal, debate que se segue no próximo tópico acerca dos desafios no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2.2.2 Saúde em tempos de reinvenção do capital: o SUS em pauta

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde mundial que garante o acesso integral, universal e gratuito de toda população. Visa ações promocionais, preventivas, curativas e de reabilitação, o que contribui significativamente para a elevação do panorama de saúde.

O SUS compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações pautados em conformidade com as diretrizes previstas na Carta Magna que preconiza os princípios da universalidade[27]; integralidade[28] e equidade[29].

---

[27] Todos os cidadãos sem distinção têm o direito de acessar o sistema de saúde.

[28] Todo cidadão deve ser visto enquanto ser humano integral e ser considerado em todos os seus aspectos globalmente, assim a integralidade prevê um conjunto articulado de ações visando a não fragmentação ou compartimentalização de ações ou do indivíduo.

[29] Igualdade no acesso aos serviços da saúde sem privilégios ou preconceitos, sem discriminação de raça, crença, classe ou gênero.

E suas diretrizes compõem-se pela descentralização político-administrativa[30]; regionalização[31] e hierarquização[32]; participação dos cidadãos[33]; resolubilidade[34] e complementaridade[35].

> A criação do SUS representou, no final dos anos de 1980, uma mudança significativa de caráter institucional. A organização da atenção à saúde no Brasil, durante os anos de 1990, provocou grandes inovações decorrentes do processo de descentralização, refletindo na busca de soluções relacionadas à oferta de ações e serviços de saúde em termos nacionais e no âmbito regional e municipal. No entanto, apesar deste direcionamento da política de saúde, o fortalecimento da política econômica neoliberal manteve a continuidade das desigualdades no acesso aos bens e serviços públicos, como a saúde. (SARRETA; BERTANI, 2011, p. 32).

Diante das alternativas neoliberais de frear avanços e manter as desigualdades, estratégias devem ser pensadas na contramão deste ideário, assim, com a NOB-SUS, anteriormente citada, propõe-se aperfeiçoar a gestão do Sistema Único de Saúde.

Sua finalidade primordial é de promover e consolidar seus princípios e a redefinição das responsabilidades das três esferas em uma direção única; bem como, os mecanismos e fluxos de financiamento; a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS; os vínculos dos serviços com o usuário e as condições para participação e controle social.

No entanto, mesmo a NOB contemplando na tentativa de aperfeiçoamento, equipara-se ao refuncionalismo proposto pela contrarreforma do Estado, de forma que Soares (2010) elucida claramente na citação abaixo:

> Mesmo contemplando expressamente em seu conteúdo muitos dos princípios do SUS, a NOB 1996 possui elementos da racionalidade da contra-reforma na saúde. De modo geral, há um tensionamento entre a menção aos princípios da reforma sanitária e o conteúdo da contrarreforma que é apresentado formando um único corpo, como se fosse uma normatização homogênea. Esse tensionamento é expressão do embate de projetos e suas respectivas racionalidades na concretização

[30] Considerando a diversidade e as disparidades da realidade brasileira, a descentralização caminha justamente neste sentido, de cada local pensar suas demandas e necessidades, sendo o município responsável então, enquanto o ente federado mais próximo, em definir as melhores ações que serão precisas em determinada região, pois conhecem melhor as prioridades e medidas que a população local precisa. Sua organização define como corresponsáveis os três níveis de governo (municípios, estados e União) que negociam e pactuam as políticas adotadas. Assim, existem as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), ambas de composição paritária.

[31] Segundo o Caderno do Ministério da Saúde, SUS: princípios e conquista. Brasília, 2000. A organização de forma regionalizada e por nível de complexidade crescente, propicia aos municípios a formação de consórcios para desenvolver ações e prestar serviços que estejam sob as suas responsabilidades, mas como já vimos, com direção única em cada nível de governo.

[32] Os serviços devem ser organizados em níveis de atenção e complexidade crescente: primário e secundário.

[33] Participação da população garantida no controle e avaliação a partir de instâncias criadas para o seu envolvimento, como os Conselhos e as Conferências de Saúde.

[34] O serviço de saúde correspondente deve estar capacitado para responder e resolver com eficiência e eficácia.

[35] Com a insuficiência do setor público para o atendimento da demanda, a contratação do setor privado poderá ocorrer desde que esta esteja de acordo com os princípios do SUS.

> do sistema. Entretanto, ressaltamos que a racionalidade hegemônica no SUS é a da contrarreforma que se constitui numa reatualização da racionalidade instrumental histórica do Estado brasileiro, que passa a agregar os conteúdos do ideário neoliberal, do *pós-modernismo* e reconfigurar a *razão formal abstrata*. (SOARES, 2010, p.48, grifo nosso).

Em resposta a este tensionamento, os movimentos sociais, visando o funcionamento do SUS reivindicaram a EC 29 (Emenda Constitucional n° 29 de setembro de 2000), para manter seu funcionamento através dos fundos nacionais, estaduais e municipais, a fim de se estabelecer uma certa estabilidade financeira com a exigibilidade de garantir recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Em 2013, as despesas totais do Brasil com saúde foram de quase R$ 450 bilhões, ou 9,2% do PIB, estes dados partem da OMS, da ANS e do IBGE. Embora tenhamos a EC 29 e esta porcentagem relativa do PIB, estudos apontam que os gastos públicos do Brasil com a saúde ainda continuam inferior à média mundial.

Tanto é, que verificamos o quão recorrente é na saúde, a falta de medicamentos, insumos, equipamentos e dessa forma, o SUS vem sendo prejudicado, sobretudo, a classe trabalhadora, maior prejudicada neste processo, acaba tendo que recorrer em instância judiciária ou se “esforçar” para pagar um convênio médico particular.

Dessa forma, é possível constatar o ajuste estrutural do Estado, “[...] num processo de contrarreforma que é regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados – inclusive o direito à saúde - e está fundamentado na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo." (SOARES, 2010, p. 40).

A autora acima citada analisa as principais tendências que essa racionalidade ocasiona no SUS, sendo a tecnificação da saúde; ampliação restrita; ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial; privatização e mercantilização da saúde pública; precarização e superexploração do trabalho na saúde pública; promoção da Saúde restrita e ampliação do tensionamento nos espaços de participação social.

A tecnificação da saúde se dá através de investimentos tecnológicos com a incorporação de inovações em equipamentos e formas de gestão, no entanto por meio de mecanismos regulamentadores e normatizadores da racionalidade hegemônica em uma supervalorização da técnica e das tecnologias em detrimento ao humano, ao humanizado. Assim, formulado por um conjunto de respostas imediatistas do grande capital para a “[...] contenção da demanda e emergencialização da vida.” (SOARES, 2010, p.105)

A ampliação restrita refere-se às ações de saúde que se expandem, entretanto continuam com o viés pontual, precário e fragmentado, distante da universalidade das

demandas. Logo, a ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial se expressam no atendimento.

No que concerne a privatização e mercantilização da saúde pública, o direito universal transforma-se em mercadoria á venda, e o SUS significa sob a lógica racional dominante, uma política pobre para pobres.

Com a precarização e superexploração do trabalho na saúde pública oficializam-se com as diversas contratações temporárias, a falta de profissionais e sua qualificação e nisto a promoção da Saúde fica restrita e responsabiliza o indivíduo pelo processo saúde-doença com o afastamento do Estado.

Já a ampliação do tensionamento nos espaços de participação social "[...] constitui-se um espaço dialético de mobilização e defesa dos interesses dos trabalhadores e usuários do SUS. Contudo, as instâncias de controle social, no cotidiano do SUS vêm sendo desvalorizadas e desconsideradas." (SOARES, 2010, p.108-109).

> Apesar dessas tendências serem engendradas pela racionalidade da contrarreforma na política de saúde e, por isso mesmo, hegemonicamente atenderem interesses dela, não se pode negar a existência de contradições e resistências no seu interior que estão relacionadas ao projeto de reforma sanitária. [...] a racionalidade instrumental hegemônica faz uso de princípios e elementos do projeto de reforma sanitária, refuncionalizando o seu conteúdo e retirando-lhes o sentido original e a racionalidade político-emancipatória mais radical sob os limites do capital. (SOARES, 2010, p. 109).

Uma das respostas a esta racionalidade é a judicialização da saúde, ao passo que a referida está crescendo demasiadamente devido às falhas deste sistema por conta da mercantilização e privatização que compromete sua eficiência e eficácia.

No próprio Portal da Saúde, está disponível a informação de que em cinco anos, mais de R$ 2,1 bilhões foram gastos com ações judiciais segundo o Tribunal de Contas da União (TCU). Destarte, é preciso pensar estratégias que viabilizem um SUS forte e legítimo, pois o que temos na prática é a falta de efetivação de políticas públicas por parte do Estado em relação à saúde no Brasil.

A terceirização é a contrapartida apresentada pelo capital e por ele apontada como solução por parte do ideário neoliberal, que reconhece as falhas do sistema, mas cria soluções vantajosas ao acúmulo do capital, perpetuação da ordem vigente e continuidade da precarização e pobreza que está imbricado ao capitalismo.

De fato, o acesso ao atendimento e a qualidade dos serviços são desafios do Sistema Único, assim como nele também há diversas potencialidades, embora tais questões sejam impeditivas para sua efetivação.

Tanto a terceirização quanto os demais refuncionalismos neoliberais correspondem ao que Soares (2010, p. 14) sinaliza como a contrarreforma dos Estados enquanto resposta mundial do capitalismo que integra o conjunto de mecanismos de enfrentamento à crise estrutural iniciada nos anos 1970 da "flexibilidade", dessa forma "[...] o Sistema Único de Saúde, se materializa de forma contraditória e conflituosa, defrontando-nos diariamente com a afirmação e a negação do direito à saúde."

Nesta subsunção do SUS pensado na ótica de uma racionalidade político-emancipatória idealizado como ruptura com a racionalidade instrumental e burocrática anterior na política de saúde, é desmontado, pois "[...] a contrarreforma interrompeu o início da implementação do SUS conforme seu marco legal original." (SOARES, 2010, p.16).

Isto posto, as ações centradas na prevenção e promoção à saúde; participação social por meio do controle social; ações de educação em saúde, entre outras garantias, inviabilizam o SUS assegurado constitucionalmente, implementando-se outro sistema que não condiz com a proposta original.

A estrutura bem formulada para atender a classe trabalhadora, sofre então o desmonte, a precarização e a influência neoliberal que impede as condições dignas de saúde e, por saúde entendemos também o acesso digno a educação, assistência, trabalho, moradia, alimentação, cultura, entre outras dimensões da vida, que são impedidas por estarem situadas no modo de produção capitalista.

> As reformas para o campo da saúde nessa ótica, ou contrarreformas, como afirmam vários autores (Behring, 2003), têm apresentado como propostas: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços a nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (BRAVO, 2007, p. 12-13).

Temos à frente o desafio de ruptura e superação das reformas ou contrarreformas com modelos curativos de saúde; emergenciais, pontuais e fragmentados. Também enfrentamos a descrença nos serviços públicos; a divulgação midiática de que o SUS é destinado aos pobres e da propagação meritocrática, no sentido de que ele serve àqueles que não se esforçam o suficiente para arcar com fontes privadas de saúde.

Neste sentido, a citação abaixo explicita melhor que:

> Referindo-se às forças da sociedade, para uma mobilização reformista de implantação efetiva desta política, cabe refletir sobre a adesão dos atores da saúde como protagonistas. Dentre esses, o mais vulnerável e que tem sido constantemente vitimizado, como objeto de um atendimento precário em suas doenças, tem sido o usuário. O bombardeio constante da mídia em geral consolida a opinião pública de que só se sujeitam ao atendimento do SUS aqueles que, em decorrência da pobreza e fracasso social, não conseguiram dar um passo a mais na escada social, destinada aos mais hábeis e preparados. (SARRETA; BERTANI, 2001, p. 33).

O cenário atual incita a descrença no SUS, a apatia pelos serviços públicos. No entanto, jamais no sentido de que possamos reivindicar, mas sim de contribuir para as "alternativas" que ele nos oferece através das operadoras privadas. O sensacionalismo cotidiano corrompe o senso crítico da classe dominada, somado ao fatalismo e comodismo.

Conforme assevera Sarreta e Bertani (2011, p. 33), frisamos que de um lado está o princípio da universalidade e integralidade, entretanto, a ideia de direito e atenção integral "[...] surge como conflitante ao modo de viver e de produção predominante hoje na sociedade capitalista: desigual, individualista e excludente."

Sob a égide do capital, o SUS vem sofrendo consequências em sua estruturação pelo bloco do poder para a subversão dos direitos, e a área da saúde como um todo é afetada, o que não é diferente na Atenção Básica, uma vez que identifica-se um comprometimento do seu acesso e qualidade.

Novos paradigmas surgem a ser enfrentados. O ser humano necessita de um sistema de saúde que o veja em sua totalidade e que atenda suas demandas de forma integral, independentemente de sua "datação cronológica".

> Enfim, no contexto de correlação de forças que atravessa a política de saúde brasileira, entre o projeto da Reforma Sanitária que defende a saúde como bem público e direito de todos e o projeto do capital (setor privado) que considera a saúde como mercadoria e fonte de lucro, a sociedade brasileira deve ficar atenta aos processos de privatização mascarados que estão postos na realidade atual. Em nome da "modernização" e "desburocratização" da gestão está em andamento a flexibilização da gestão e do trabalho através dos "novos modelos de gestão" que, na realidade, privatizam o SUS. Aqui cabe afirmar que os problemas enfrentados pelo SUS hoje não estão centrados no seu modelo de gestão, pelo contrário, a não viabilização dos meios necessários à efetivação do modelo de gestão já assegurado na sua legislação - descentralizado, com uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços; com acesso universal e com integralidade da atenção à saúde; com financiamento tripartite; e com controle social - é que se constitui o problema a ser enfrentado. (CORREIA, 2011, p. 16-17).

O SUS continua em uma dinâmica constante de estruturação, ao passo que vivemos em uma sociedade que também se movimenta e se altera continuamente, todavia precisamos identificar que as propostas adjuntas ao SUS, como o projeto da Reforma Sanitária, são projetos deficitários, no caso do RSB, também atingida pela contrarreforma e sua racionalidade burguesa.

> A racionalidade que fundamenta o Estado e as políticas sociais é, pois, determinada historicamente, inclusive por diversos mecanismos de pressão das classes na disputa pela hegemonia. Em momentos de maior organização dos movimentos sociais da classe trabalhadora e maior disputa de classe, em que a luta pela hegemonia torna-se mais acirrada, há maiores possibilidades de conquistas relevantes para os trabalhadores, mesmo que provisórias e/ou parciais, imprimindo-se uma racionalidade político-emancipatória às políticas sociais. (SOARES, 2010, p. 37).

Paim (2008 apud SOARES, 2010) discorre que apesar do SUS ser elemento principal do projeto de Reforma Sanitária, não se restringia a ele, uma vez que postulava uma reforma ampliada do Estado brasileiro, entretanto, ao longo de sua implementação, a reforma ficou circunscrita ao SUS, moldando sua suposta materialização como reforma parcial, setorial, fragmentada, precarizada e restrita.

À luz do que sinaliza Sarreta e Bertani (2011), acordamos que a Política de Saúde é um dos assuntos mais discutidos, especialmente no plano político partidário carregada de ideologias.

Em contrapartida, vivencia-se o descaso político no que se diz respeito à sua qualidade, materialização prática no dia-a-dia, que pode ser averiguada nas grandes filas; faltas de recursos e investimentos ou racionalização dos mesmos; verticalidade e burocratização nas ações; políticas fragmentadas e pontuais; o afastamento do Estado de suas responsabilidades sociais; morosidade no atendimento e precarização do trabalho como o salário baixo dos funcionários.

Por isso, a ingerência estatal, a descrença da população, a ausência de recursos e investimentos adequados somados ao projeto privatista e o modo de produção e reprodução do capital, tendem a repercutir na dificuldade de mobilização da classe social pauperizada, mesmo porque em sua maioria desconhece seus direitos. Isto posto inviabiliza a consolidação do SUS, não é falho em seu sistema que foi bem planejado, mas sim em sua operacionalização e materialização.

Portanto, o SUS em pauta deve ser reivindicação de todos os atores históricos, sendo o Estado, sociedade civil e as famílias responsáveis. Cabe a nós cidadãos estarmos junto neste processo em todas as instâncias de participação e, envolvidos na promoção da saúde.

Deste modo “as respostas dadas pela instituição do SUS às demandas de saúde-doença remetem necessariamente às determinações da questão social e das transformações contemporâneas, bem como ao papel do Estado e da sociedade na sua condução e gestão.” (SARRETA; BERTANI, 2011, p. 42).

Pois o SUS fortalecido deve ser pauta de uma luta conjunta, de reivindicações da classe trabalhadora que não se esgote neste fim, mas tenha como pauta principal ordem societária, afinal “[...] esse esforço de ruptura e superação do modelo curativo não se realiza de forma simplista, representa em si uma quebra dos paradigmas tradicionais da saúde.” (SARRETA; BERTANI, 2011, p. 33).

Portanto, a saúde em tempos de reinvenção do capital, se depara com os antagonismos do sistema, ao passo que embora seja fruto da luta de classes, e direito do cidadão, as reflexões acima mostram que se tornou um sistema precarizado, com filas extensas, falta de equipamentos, insumo, sendo assim, uma perspectiva contraria ao direito do cidadão.

Neste sentido, procurando mapear nosso objeto de estudo, ainda perpassando as questões relativas ao SUS, enfocaremos no próximo item o sucateamento e precarização da área da saúde.

2.2.3 Iatrogenia do sistema: a mercantilização da saúde

Iatrogenia em seu termo puro pode ser conceituada como doença com efeitos e complicações advindos de um tratamento médico. Em farmacologia, mais precisamente, refere-se a alterações patológicas resultantes de efeitos colaterais de algum tipo de medicamento.

Um tipo de exemplo que acarreta em consequência iatrogênica, são as reações alérgicas do paciente a determinado medicamento, assim como, também a imunidade é uma iatrogenia, como uma bactéria que se torna resistente a determinado medicamento.

A iatrogenia então, não significa propriamente efeitos danosos, podendo também ser considerado os efeitos positivos do tratamento, enfim, as consequências. Contudo, é mais comumente utilizado como o agravo provocado pela má prática médica ou dos procedimentos e ações de outros profissionais da saúde.

Nesta dissertação, a iatrogenia por nós elencada, trata-se de uma reação social, em pensarmos, quais os efeitos colaterais deste sistema que legitima a ordem vigente. Quais os danos neoliberais? Quais os “problemas sociais” que ele engendra a partir do momento que

injeta suas forças na investida do capital? Esta injeção que o trabalhador, especialmente o velho trabalhador, está submetido, quais os danos, as consequências, a iatrogenia? A partir destas indagações que nossa reflexão irá se esboçar.

A iatrogenia aqui abordada está totalmente vinculada a forma como a classe trabalhadora está condicionada as expressões da questão social oriundas deste sistema capitalista explorador.

E um dos "efeitos colaterais" das investidas do ideário neoliberal é moldar a imagem do velho similar à doença, em uma "[...] associação entre velhice e morte, entre morte e doença, fortalecendo a relação entre velhice e doença" (LOPES, 2000, p. 31) e trazem à tona a "reprivatização da velhice", com a responsabilização individual e com autodeterminações.

Mas o que não se discute são as condições de vida, a precarização do trabalho, da saúde, do acesso, da vida. No âmbito da sociedade, a forma de produção e reprodução social consolidada pelo sistema, que privatiza, mercantiliza, monopoliza, possui total rebatimento na área da saúde. Tal como a mercantilização expressa a negociação de um livre mercado da saúde e a sua expansão no âmago do Sistema (que era) Único de Saúde "[...] através da compra de serviços privados de saúde 'complementares' aos serviços públicos e, mais recentemente, através do repasse da gestão do SUS para entidades privadas e/ou de direito privado, por meio dos denominados 'novos modelos de gestão'." (CORREIA; OMENA, 2013, p. 3).

A manipulação da indústria farmacêutica pelo capital ocorre em níveis absurdos, como na persuasão do poder de compra e venda a que coagem médicos e lhes oferecem vantagens, uma vez que burlar leis é a questão.

No caso, não se oferece dinheiro em espécie, mas amostras, brindes, marketing "sustentável"[36], viagens e infindáveis propostas para manter um "bom relacionamento" entre médicos, farmacêuticos, proprietários de laboratórios e até mesmo formadores de opinião.

De acordo com os estudos realizados, as indústrias mais rentáveis para o capitalismo são: a indústria bélica, a da beleza (cosméticos e afins) e farmacêutica, que desde a descoberta do ácido acetilsalicílico[37], é considerado o produto mais lucrativo para o capitalismo.

---

[36] Nomenclatura que tem sido utilizado no ramo, para designar o aprimoramento do conhecimento técnico, ou seja, as viagens e demais vantagens materiais não tem dado tanto êxito, já que o poder de capital dos profissionais é elevado. Assim, a estratégia atual propicia o conhecimento de gestão, finanças e áreas afins, da qual, especialmente na medicina não se domina, mas se possui um interesse.

[37] Conforme a ANVISA (2016) o ácido acetilsalicílico é indicado para o alívio sintomático de dores de intensidade leve a moderada, como dor de cabeça, dor de dente, dor de garganta, dor menstrual, dor muscular, dor nas articulações, dor nas costas, dor da artrite; gripes e resfriados. Portanto é utilizado em inúmeros medicamentos (aspirina, AAS, etc).

Diniz (2010) assinala que “o gigantesco desenvolvimento da indústria farmacêutica, a proliferação de novos medicamentos disponíveis na prática moderna de saúde, ações imprudentes ou negligentes de profissionais sem ética ou com deficiência técnica, constituem o cenário da iatrogenia.”

Soma-se a isto a forte influência midiática que vende diversos rótulos, fórmulas, e um padrão de vida em cápsulas. Esta veiculação massiva de propagandas de medicamentos, confundem, ilude e facilita o acesso, muitas vezes, dúbios e equivocados de determinados remédios, além de incitar a automedicação.

A chamada “polifarmácia” tem ocasionado cada vez um número maior de “escravos da droga”, que ficam reféns de medicamentos, por vezes, caros e sem prescrição. Pessoas depositam sua fé em comprimidos, endividam-se e se tornam dominados por caixas de remédios desnecessários.

“A herança do modelo biomédico, onde o medicamento é tido como a principal solução para atuar sobre as doenças, ainda está muito impregnada na população, principalmente nos idosos.” (DINIZ, 2010, p. 20), completamos que esta atitude é impregnada pela indústria farmacêutica que lucra com a auto-medicação.

A iatrogenia relatada, não decorre apenas por culpa de laboratórios e profissionais *no sense*, mas também é uma questão sociológica, onde a população busca sempre soluções imediatas para os embates do cotidiano, que tende a nos manipular tão naturalmente, que fazer uso de remédios sem precisar, tornou-se algo habitual. Além, de que os esgotamentos ocasionados pelo trabalho são tantos que logo, recorrerá a tantos recursos, que por sua vez, o quanto mais disponível estiver, melhor lhe parecerá.

Toda essa questão relacionada aos medicamentos e a indústria farmacêutica é uma iatrogenia do sistema, que tem como mola propulsora o mercado, o consumo. Que precisa se fazer e refazer para conseguir que seu *modus operandi* corrobore o *status quo*.

O problema, propriamente dito, não se dá apenas à luz do ideário neoliberal, que se corrompe para se manter, mas sim, nas condições de vida e de labuta precarizadas, sofridas pelo classe-que-vive-do-trabalho, e a iatrogenia social é a parte que lhe cabe deste latifúndio.

O (a) trabalhador (a) nesta escala é aquele que produziu socialmente os medicamentos e todas as demais produções do capital, é aquele que não terá em mãos o produto final e terá que se utilizar de seus mínimos recursos para sobreviver e ainda pagar o produto que produziu, já que a apropriação é privada.

A classe trabalhadora procurará pela indústria farmacêutica porque está fadigado e explorada pelo trabalho, mas também, porque não pode parar com sua labuta diária que exige

uma solução imediata para que não seja substituído pelo exército industrial de reserva, pois o "colaborador que veste a camisa da empresa" não pode parar por qualquer doença.

E o velho (a) trabalhador (a) que tanto correu, ficará com as patologias advindas de um modo de produção alienador que catalisou suas forças, e que lhe recompensará com a iatrogenia deste processo.

Na sociedade burguesa, as condições espoliadoras de vida e de trabalho causam o estranhamento, a alienação e desumanização do ser social. Estes e outros aspectos se tornam integrantes da iatrogenia, da reação, da consequência de um sistema perverso.

O ideário neoliberal defende a ideia de um Estado forte na economia e fraco para os direitos sociais, devendo haver total liberdade de comércio (livre mercado), pois este princípio garante o crescimento econômico e o desenvolvimento social de um país.

> Trata-se de um corpo de doutrinas coerente, autoconsciente, militantes, lucidamente decidido a transformar todo o mundo a sua imagem, em sua ambição estrutural e sua extensão internacional. Eis aí algo muito mais parecido ao movimento comunista de ontem do que ao liberalismo eclético e distendido do século passado. (ANDERSON, 1996, p. 22).

Para Göran Therborn (apud ANDERSON, 1996), o neoliberalismo é uma superestrutura ideológica e política que acompanha uma transformação histórica do capitalismo moderno.

Defensores do neoliberalismo acreditam que este sistema é capaz de proporcionar o desenvolvimento econômico e social de um país, acreditam que o neoliberalismo deixa a economia mais competitiva, proporciona o desenvolvimento tecnológico e, através da livre concorrência, faz os preços e a inflação caírem.

Em contrapartida, países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento ficam à mercê do desemprego estrutural, salários baixos, crescimento progressivo das desigualdades sociais, pauperismo e outras vulnerabilidades.

O neoliberalismo não trouxe mudanças positivas para a classe-que-vive(u)-do-trabalho, é apenas uma nova maneira para o velho capitalismo se reerguer, ou seja, a depreciação da força de trabalho, o individualismo, altos lucros, acumulação e concentração de capital para uma minoria opressora.

Economicamente, o neoliberalismo fracassou, não conseguindo nenhuma revitalização básica do capitalismo avançado. Socialmente, ao contrário, o neoliberalismo conseguiu muitos dos seus objetivos, criando sociedades marcadamente mais desiguais, embora não tão desestatizadas como queria.

Política e ideologicamente, todavia, o neoliberalismo alcançou êxito num grau com o qual seus fundadores provavelmente jamais sonhavam, disseminando a simples ideia de que não há alternativas para os seus princípios, que todos, seja confessando ou negando, têm de adaptar-se a suas normas.

Uma das normas do projeto neoliberal de ser, na sociedade pós-moderna, tem sido a mercantilização da saúde, ou seja, a comercialização, a venda da saúde no mercado, venda por algo universal que deve ser direito do cidadão e dever do Estado.

> Embora os defensores da privatização da Saúde argumentem que o processo de privatização seja necessário para reduzir os gastos públicos Possas (1996) contrapõe-se a este argumento, declarando que "o aumento da privatização exigiria maiores e não menores gastos públicos", tendo em vista que os "prestadores de serviços privados, em muitos países da América Latina, são altamente subsidiados pelo governo, sem a esperada contrapartida de maior eficiência ou melhor qualidade dos serviços". (CORREIA; OMENA, 2013, p. 4).

De acordo com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o sistema privado de saúde, hoje cobre uma parcela acima de 30% da população, cuja lógica é a mercadorização da saúde – que metamorfoseia-se me um produto disponível para venda – que por ser autônomo caminha da forma que desejar e por quanto almejar.

Algumas normativas foram desenvolvidas nos últimos anos em vias de mobilizar regulação, com até mesmo punição a planos de saúde que desobedecem normas de tempo de acesso a determinados procedimentos de saúde, contudo, não se vai às vias de fato, não se aprofunda na raiz do problema, gerando sempre medidas superficiais e logradas.

Claro, que também a demanda crescente pelos serviços privados de saúde, tem a ver com a discussão sobre o desmonte do SUS, que ocasiona imensa antipatia dos brasileiros por este sistema, que em tese é perfeito.

O Sistema privado é representado pelo Sistema Suplementar, que segundo Aciole (2006, apud CORREIA, 2013, p. 244), é composto por "[...] uma complexa organização que reúne as chamadas operadoras de planos de saúde, conjunto de organizações diversas como as empresas de seguro-saúde, as medicinas de grupo, as cooperativas de trabalho médico, os hospitais empresa e as autogestões, surgidas em diferentes momentos históricos."

Mas, a apatia, o propagandismo, a insegurança, e outros aspectos múltiplos vêm desmantelando a área da saúde através de tal mercantilização. Empresas e políticos, em números expressivos, possuem "subsídios" e campanhas financiadas por planos privados de saúde, fato que por si mesmo explica uma série de coisas.

> As mudanças mais recentes ocorridas no campo da saúde estão em consonância com as propostas de ajuste estrutural propugnadas pelos organismos financeiros internacionais, que têm como eixo a atuação do Estado em conjunto com o setor privado. Desta forma, se expressa a opção por um "Estado essencialmente regulador das relações contratuais ou das concessões aos agentes não estatais de atividades de interesse de relevância pública" - entes privados ou Organizações Sociais (Costa, 1998), apontando para um padrão flexível de "destinação de recursos estatais no mix público-privado" (CORREIA, 2012, p. 61 apud CORREIA; OMENA, 2013, p. 2).

Não houve grandes evoluções na política de saúde nas últimas décadas. Em termos de financiamento, o veto que ocorreu à aprovação da regulamentação da Emenda 29[38] expressou claramente isso, que veio a ser aprovada somente no ano 2000.

Ainda em consonância com o CEBES, em 2011, o mercado dos planos de saúde teve um faturamento de R$ 83,4 bilhões, o que representa um crescimento de 11,7% se comparado ao ano de 2010. Tanto que Laurell (1996 apud CORREIA, 2013) sinaliza que "[...] todas as medidas de privatização se combinam com a permanência das instituições públicas de saúde, porque a privatização só acontece nas atividades rentáveis de saúde, ficando o restante a cargo do setor público."

Analisa-se a urgência de se frear este aumento, que pode ser considerado o principal responsável pela fragilização do Sistema (que era) Único de Saúde. Este alerta também é sinal de que, embora a luta seja contra a mercantilização, ao mesmo tempo, ela reforça a necessidade de refletirmos proposições e atenções à saúde pública e suas políticas.

Nesta perspectiva, a iatrogenia peculiar ao sistema de saúde, é a sua mercantilização, ou seja, a interação do capital com a venda da saúde como um produto em prateleira, culminando em um modelo médico individualista não integral, com forte apoio estatal.

Com rebatimentos assinalam o desmonte do SUS, pois "[...] todas as medidas de privatização se combinam com a permanência das instituições públicas de saúde, porque a privatização só acontece nas atividades rentáveis de saúde, ficando o restante a cargo do setor público." (LAURELL, 1996 apud CORREIA; OMENA, 2013).

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar[39] (ANS, 2016) "[...] existem 1,3 mil operadoras no País com mais de 50 milhões de beneficiários de planos de

---

[38] Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

[39] A ANS é criada em 2000 a partir da Lei 9.961 que dispõe o órgão com o objetivo de regulamentar e fiscalizar o setor, fundamentado no Art. 174 da Constituição Federal de 1988 que define o papel do Estado enquanto agente normativo e de controle da atividade econômica. Anteriormente, a regulamentação da Saúde Suplementar, se deu através da Lei nº 9.656 de 1998, introduzindo novas pautas no mercado como "[...] a ampliação de cobertura assistencial, o ressarcimento ao SUS, o registro das operadoras, o acompanhamento de preços pelo governo, a obrigatoriedade da comprovação de solvência, reservas técnicas, a permissão para a atuação de empresas de capital estrangeiro, dentre outras." (CORREIA; OMENA, 2013).

assistência médica e cerca de 22 milhões de contratos exclusivamente de assistência odontológica", completa ainda que estes dados evidenciam o Brasil como um dos maiores mercados da saúde suplementar do mundo.

Assim, o setor privado que nasce de uma inciativa complementar, acaba se tornando precípuo, absoluto, incontestável, dominante, no entanto, a massa prejudicada é a dos trabalhadores, uma vez que os recursos públicos são maiormente destinados à rede privada e as operadoras de planos de saúde que lucram com esta injeção de capital.

Frente à interação do capital com a venda da saúde, perguntamos como fica a qualidade de vida dos trabalhadores idosos, que vivenciaram durante toda a vida a exploração no mundo do trabalho, os direitos sociais básicos sendo desrespeitados, continuarão vivenciando os reflexos da desigualdade social na velhice? Esse aspecto será ressaltado no próximo item.

2.2.4 Um debate sobre Qualidade de Vida

Retomamos que a população na maior parte do mundo está envelhecendo, enquanto ela cresce 05 vezes mais, o segmento idoso aumenta em uma proporção 15 vezes maior. É possível afirmar que a cada 10 habitantes, 01 possui idade superior a 60 anos[40].

Esta realidade, aliada a estimativa que nosso país em 2025 ocupará a 6ª posição no ranking mundial de população idosa, há a necessidade em se problematizar os rebatimentos que este fenômeno implicará na organização cotidiana. Indagamos se estamos preparados e como será a velhice da classe trabalhadora, em comparação à longevidade da senhora burguesia.

Cabe ressaltar que a longevidade, o aumento da expectativa de vida não são sinônimos de qualidade de vida (QV). Podemos envelhecer de modo a continuar marginalizados e sem condições dignas de vida.

O conceito de qualidade de vida, nos estudos que tivemos acesso, demostra que é polissêmico, geralmente relacionado à opinião ou satisfação pessoal. A nosso ver, esta definição é relativista, equivocada e não contempla ao que realmente é a qualidade de vida.

---

[40] Dados informados através da palestrante Dra. Ana Maria Bruxelas no I Congresso Internacional Envelhecimento Ativo: Saúde, Segurança e Participação Social, realizada na Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho" UNESP – Campus de Franca.

Fatalmente, na maior parte da literatura e estudos da área da saúde, relaciona-se QV ao plano corpo e mente, sem levar em consideração o social, a realidade, o trabalho e as diversas multifacetadas dimensões da vida.

De acordo com Albuquerque (2008) não há consenso acerca de uma única definição que delimita o tema QV, que inclusive, inicialmente é explanado em uma noção mercadológica, relacionada a métodos de controle de qualidade.

A autora parte do pressuposto de uma análise dos múltiplos componentes da vida (necessidades, contextos, valores, e aspectos como: moradia, renda, saúde, desenvolvimento tecnológico, poluição, transporte, mortalidade, esperança de vida, trabalho, lazer e outros).

Em âmbito geral a qualidade de vida tem sido atribuída como responsabilidade individual de cada sujeito, mas somos responsáveis pelo nosso modo de envelhecer? Não! Claro que a forma como conduzimos nossa rotina, corpo, mente e alimentação, terá consequência em nossa qualidade de vida. Mas será que realmente somos nós que conduzimos nossas vidas?

Como a classe-que-vive-do-trabalho irá conduzir com qualidade sua vida, uma vez que está condicionada a trabalhar desde cedo com uma jornada extenuante de até 12 horas ou mais, debaixo do sol ou demais condições insalubres e periculosas.

De forma que sua alimentação fique restrita ao básico, dispondo de recursos mínimos para a manutenção de sua família. São condições que concretamente limitam e impedem de se acessar a qualidade de vida. A velha classe trabalhadora é aquele que não tem as mesmas "oportunidades" iguais à burguesia detentora do capital que poderá ter acesso maior e melhor à educação, lazer, cultura, informação, política, exercícios físicos e demais âmbitos da vida.

Qualidade de vida então supõe a ruptura desta ordem societária exploradora e desigual, sendo que, as desigualdades sociais ocasionam desníveis ao acesso a qualidade de vida; o pauperismo impede a qualidade de vida; a subsunção do trabalho ao capital e demais setores da vida perpetuam a pobreza, logo, pobres, não conseguem acessar a qualidade de vida, muito menos conduzir sua rotina, corpo, mente e alimentação que também são inteiramente precarizados.

Os "*experts*" apontam como necessário: exercícios físicos, alimentação balanceada; meditação e estilo de vida adequado; bem-estar e realização pessoal para se alcançar o "envelhecimento ativo", ou seja, um discurso voltado para uma perspectiva individualista, culpabilizadora e meritocrática, no qual discordamos veementemente.

Esta visão prova um determinismo subjetivo e reducionista para incitar a indústria do consumo, para a satisfação pessoal daqueles que possam comprá-la. Problema inequívoco de nossa sociedade, a valorização da aquisição de produtos, o fetichismo.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 7) a qualidade de vida é uma representação social criada a partir dos parâmetros já expostos e também por "[...] objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade."

> Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os *elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar*. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, *sendo portanto uma construção social* com a marca da relatividade cultural. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p.09, grifo nosso).

Assim, a qualidade de vida nesta sociabilidade é uma construção social, guiada por parâmetros mercadológicos. Sabemos que a QV não está disponível em um livro de receitas ou em uma prateleira a ser vendida, porém é assim que ela é naturalizada pelo sistema capitalista.

Em nossa concepção ampliada, entendemos que a qualidade de vida transcende ao que a espécie monetária pode arcar e ao relativismo pessoal culpabilizatório, pois ela envolve os sujeitos sociais e históricos, condições dignas de vida e a construção de outro projeto societário. Destarte, a real qualidade de vida para o real envelhecimento ativo supõe outra ordem social.

O conceito da QV teve seu início com a Medicina Social e especialmente nos século XVIII e XIX para subsidiar políticas públicas e movimentos sociais e tinha seu debate ampliado, porém voltado mais para as *oportunidades* do que para as *condições de vida*.

> Redimensionado pelo pensamento sanitarista canadense a partir do conhecido relatório Lalonde (1974), tal conceito foi definido, tomando como base na concepção atual do que se consideram os determinantes da saúde: l) o *estilo de vida*; 2) os avanços da biologia humana; 3) o ambiente físico e social e 4) serviços de saúde. Conferências mundiais e regionais (MS, 1997) têm debatido e ampliado o sentido do conceito de promoção [...] em todas as sondagens feitas sobre qualidade de vida, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 10, grifo nosso).

O discurso sobre QV na política de saúde demostra a tendência em se associar a qualidade de vida ao campo biomédico, até mesmo com a criação de instrumentais restritivos e de medição, que não abarcam uma análise dos sujeitos em sua integralidade e totalidade, menos ainda, contextualizando sua realidade social.

Em consonância com Teixeira (2009, p. 72), podemos aferir a este relativismo as influências e direcionamento do pensamento pós-moderno que com "programas e as terapias de ajustamento [...] são funcionais à lógica que auto-responsabiliza os sujeitos pelo seu bem-estar físico e mental, por suas condições e por sua qualidade de vida."

Para a OMS (2005, p. 14), qualidade de vida é a "[...] percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, normas e preocupações."

Esta "percepção do indivíduo", novamente recai no relativismo, na definição pessoal, na responsabilização individual e isto é evidente também no documento sobre a política de "envelhecimento ativo".

Comprovamos que este relativismo verifica-se ao perguntarmos o que é qualidade de vida para um trabalhador rural, ele poderá nos responder que é ter seu pedaço de chão, duas vacas e um trator. Para um enfermo, é estar saudável; para um esportista é o seu estilo de vida; para uma mãe que perdeu a guarda dos filhos é tê-los de volta; para uma pessoa em situação de rua é ter moradia e alimentação; para quem possui moradia e alimentação pode ser algum outro bem material; para uma pessoa idosa talvez seria não sofrer com patologias e continuar ativo.

No caso do burguês responderá ter mais e mais dinheiro, ou então como já possui a qualidade de renda, aferirá ao acesso de outros serviços que estão longe da classe pauperizada, como ter tempo para hobbies, tais como hipismo, escaladas, surf e o que mais considerar para seu "bem-estar".

Não desconsideramos aqui, o lazer enquanto qualidade de vida, no entanto salientamos que, assim como esta, todas as outras categorias que antecedem a esta, precisam estar garantidas, a começar pelas necessidades mais elementares da vida humana.

Assentimos com Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8) ao destacarem que na saúde "[...] a expressão usada é qualidade de vida em saúde. No entanto, a noção de saúde é totalmente funcional e corresponde ao seu contrário: a doença em causa, evidenciando uma visão medicalizada do tema", e completa que esta concepção é dotada de uma lógica de custo-benefício e assentimos com a mesma, que ainda a definição de qualidade de vida é bastante polissêmica.

Como vimos, não podemos simplesmente idear ou almejar qualidade de vida para então alcançá-la, não temos a QV sem condições objetivas que nos propiciem a mesma, ou seja, se não temos minimamente um respaldo na área da saúde que passa por um processo de desmantelamento, privatização e mercantilização, como obter uma vida de qualidade?

O próprio sistema capitalista invalida a qualidade de vida através de sua ideologia neoliberal e ações contraproducentes de contrarreformas ao que as classes sociais precisam.

É inegável que o parâmetro de qualidade de vida é moldado pelo ideário neoliberal e o consumismo pós-moderno radical que manipula os desejos de toda uma sociedade que vê sua qualidade de vida como necessidades de consumo, no ter e não no ser.

Criam-se instrumentos de comparação, avaliação e medição da qualidade de vida (QV), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um deles, embora seja restritiva quanto aos aspectos econômicos (nível de renda e emprego, Produto Interno Bruto (PIB), taxa de esperança de vida, índices de alfabetização etc).

Outro instrumento é o Índice de Condições de Vida (ICV), embora mais amplo, composto de 20 indicadores por meio de 05 dimensões (renda, habitação, educação, infância e longevidade), ainda assim não representa todas as particularidades necessárias ou considerações quanto às desigualdades existentes.

Outro indicador que Minayo, Hartz; Buss (2000) elucidam é o Índice de Qualidade de Vida (IQV) criado pelo jornal *A Folha de S. Paulo* que analisa um conjunto de 09 fatores (trabalho, segurança, moradia, serviços de saúde, dinheiro, estudo, qualidade do ar, lazer e serviços de transporte), e o IQV/BH, índice cujo modelo foi criado em Belo Horizonte para designar indicadores territoriais, como os problemas enfrentados em determinados bairros.

A OMS em 1995 criou o Grupo de Qualidade de Vida, *The WHOQOL Group* que desenvolveu instrumentos gerais de medida de qualidade de vida: o WHOQOL-100 e o *WHOQOL-Bref*[41] e o *WHOQOL-Old*[42] que avaliam diversos domínios da vida com a classificação do sujeito em seu grau de satisfação: nada; muito pouco; médio; muito;

---

[41] *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF): instrumento para coleta de dados com a função de avaliar a qualidade de vida; trata-se da abreviação do WHOQOL-100, cuja versão final está disposta em 26 questões, que seguem a escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida) e que compõem quatro domínios, sendo o físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente. Geralmente aplicado para segmentos com determinadas patologias, em sua maioria pela medicina e denominado ser transcultural;

[42] *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-OLD): praticamente uma continuação/complemento do instrumento supracitado, mais voltado para a pessoa idosa. Neste questionário as perguntas estão direcionadas a respeito dos pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida das pessoas mais velhas. Neste momento, as dimensões analisadas são: Participação Social (PSO); Funcionamento do Sensório (SF); Autonomia (AUT); Atividade Passadas Presentes e Futuras (PPF); Intimidade (INT) e Morte e Morrer (MEM).

completamente ou muito insatisfeito; insatisfeito; nem satisfeito nem insatisfeito; satisfeito ou muito satisfeito.

A nosso ver, o importante não é a criação e nomeação de instrumentais, sobretudo com receitas prontas ou alternativas fechadas. Queremos explanar é a necessidade imprescindível de uma análise de conjuntura que conheça e apreenda o movimento da realidade e, mais que isso, atue sobre ela. A qualidade de vida não deve ser puramente "medida", deve ser propiciada, investida dignamente e de forma equânime por outra sociabilidade.

Neste sentido e na atual conjuntura é que devemos resgatar o real sentido da palavra Qualidade, de acordo com o dicionário Priberam (2016), é aquilo que determina a essência de uma coisa ou um ser; propriedade; valor; importância, que a este agregaríamos o coletivo, a mobilização, o ressurgimento da luta de classes, a totalidade, a transformação societária.

Em desfecho, relembramos aqui, a qualidade de vida para ao segmento estudado, a população idosa, que merece acessar todas as instâncias da vida com respeito, equidade e dignidade, pois a classe dominante acredita que em uma idade avançada torna-se improdutivo, não há o que se investir, apenas oneração.

Paiva (2014, p.187) mostra que "os velhos (as) trabalhadores (as), os (as) passam a ser responsabilizados (as) pela velhice senil e culpabilizados (as) [junto com as suas famílias] pelo suposto ônus à política de seguridade social, causado pela velhice trágica".

No atual contexto histórico que estamos vivendo, com as condições postas pelo capitalismo contemporâneo, passamos a indagar quais os desafios profissionais do assistente social?

2.3 Contribuições do Serviço Social em um debate dialógico e dialético

2.3.1 Na contracorrente: por uma saúde [ampliada]

> *Não me importa como a classifiquem as organizações de saúde, para mim, a velhice começa bem depois dos setenta anos. E deveríamos ter orgulho de pensar: Bom, aos oitenta anos conquistei minha velhice perdendo coisas, mas acumulando algumas, inclusive a idade. (Lya Luft, 2004).*

O Serviço Social ocupa amplamente espaços sócio-ocupacionais na política pública de saúde, como se verifica em Bravo (2006, p. 39 apud SARRETA; BERTANI, 2011, p. 49), que diz que a profissão é "[...] a quarta maior categoria no âmbito do SUS."

Conforme Bravo (2013, p. 91), o Serviço Social na saúde a priori desenvolveu-se nos Estados Unidos, no século XX, juntamente com a enfermagem e a nutrição, pois com a atenção à saúde exigindo cada vez mais complexidades maiores concomitantemente ao surgimento de muitos hospitais "[...] houve a necessidade de outros profissionais além dos médicos, bem como procedimentos de registros e administração mais sofisticados."

Nesta época a profissão surge no sentido de minimizar a tensão dos "clientes"[43] e como instrumento de legitimação e controle do Estado, além das ações higienistas. Mary Richmond contribuiu em demasia para o avanço desta prática, embora ainda com limitações vastas, como o posterior enfoque psicologizante e curativo, numa filosofia individualista e de autoajuda.

Mais adiante recebe influências do neotomismo e outras correntes humanistas, tendo o positivismo aliado a métodos clínicos que irradiavam da prática médica. Na crise de 1929 a categoria inicia a tecnificação do trabalho e a "[...] ação de cunho socioeducativo é delineada na perspectiva da integração social." (BRAVO, 2013, p. 96).

A autora enfatiza a estigmatização dos sujeitos e seu ajustamento comportamental com destaque para a análise dos hábitos e atitudes, classificando a classe trabalhadora como desleixada, negligente e como se o sistema fosse totalmente perfeito, precisando corrigir as disfunções sociais.

Na América Latina, o Serviço Social inicia-se em 1920 com influências europeias, que percebeu a necessidade de um profissional que auxiliasse a família com o tratamento e medicação prescrita, a orientação de normas de higiene e visitas domiciliares. De acordo com Castro e Iamamoto (apud BRAVO, 2013, p. 97), "[...] a saúde foi o primeiro setor que contou com a presença do assistente social", tanto que a primeira escola foi fundada em 1925 por um médico, Dr. Alejandro Del Rio do Chile.

Posteriormente, por volta de 1945 remodela sua prática sob uma abordagem "neutra" para o Estado de bem-estar social e para isso busca na Psicologia, Sociologia e Psicanálise outras formas de ação profissional, pois com "[...] a modernização do Estado e o avanço da acumulação capitalista, vai se tornando mais técnico e racional, com uma aparência 'neutra' e 'apolítica'." (IAMAMOTO apud BRAVO, 2013, p. 98).

Mas como avanço começa a perceber o indivíduo como parte de uma família e comunidade com uma abordagem mais grupal, enquanto a profissão nos Estados Unidos e na

[43] Termo adotado na época. Atualmente utiliza-se a denominação usuário (dos serviços, programas, projetos e benefícios), embora não concordamos com o mesmo e em grande parte da categoria também se questiona, ainda não foi sugerido uma forma melhor.

Europa ainda direcionavam maiormente ao Serviço Social, o papel de preparar o doente para internação, alta ou transferência, a fim viabilizar sua melhora para que o trabalhador logo retorne a produtividade.

No decorrer dos anos a profissão vai amadurecendo, mais no geral o Serviço Social é aquele que "serve" para encaminhamentos, dar informações, avaliar elegibilidade e necessidade dos pacientes para o atendimento com seleção socioeconômica, distribuição de medicamentos e alimentos como leite e conceder órteses e próteses.

Na década de 1950 as propostas de Medicina Integral, Preventiva e de Comunidade influem na profissão, já na década de 1960 assumiu uma postura desenvolvimentista com o ideário de modernização.

Em 1970 retoma a perspectiva ajustadora, numa função residual, de insatisfação, assim parte dos profissionais criam movimentos no seio da categoria na busca por uma metodologia de transformação da sociedade, o movimento de "Reconceituação".

O movimento iniciado na América Latina procura afastar-se do conservadorismo que imperava, do ajustamento social para adequar as práticas à realidade ao construir novos métodos e técnicas de transformação social, onde acaba por se aproximar de um marxismo "vulgar". Enquanto isso com as bruscas mudanças políticas, sociais e econômicas que deterioram as condições de vida da classe trabalhadora:

> Nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra este movimento tem sido denominado de *Serviço Social Radical* e apresenta questões relativas aos fundamentos funcionalistas da profissão, ao pautar-se no materialismo histórico e dialético, partindo de uma crítica ao sistema de produção capitalista e tendo por objetivo a construção de uma nova sociedade. (BRAVO, 2013, p. 107, grifo do autor).

Toda essa conjuntura corrobora para a repercussão de mudanças moleculares também na área da saúde. Já no Brasil, retomando um breve linear histórico, no século XIX um capitalismo rudimentar se iniciava, e em meados a situação da saúde estava lastimável com péssimo saneamento, mortalidades exorbitantes e inúmeras doenças eram detectadas como febre amarela, hepatite, lepra e escorbuto.

Formas de organização dos trabalhadores são formadas diante de um cenário conturbado e doente do país, tanto que, o movimento operário da vertente trabalhista "[...] pleiteavam a assistência médica, reivindicando ao Estado a construção de hospitais e a adoção de medidas previdenciárias para a melhoria da situação de saúde dos trabalhadores." (BRAVO, 2013, p. 115). A vertente dos anarcossindicalistas também reivindicavam melhorias na saúde, mas com recusa do Estado e de leis em defesa de um confronto direto.

No século XX a saúde começa a importar novos modelos e técnicas de combate às endemias e patologias, com novas escolas médicas, reorganizando-se e expandindo as atividades sanitárias.

> Concordamos com Braga quando afirma (Braga e Paula, 1986, p.41-42) que a Saúde emerge como "questão social" no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado e assumindo a forma embrionária a característica de política social. (BRAVO, 2013, p. 118).

Da emergência da questão social somado ao baixo conhecimento científico e tecnológico desenvolvido, a saúde acaba por reproduzir ações imediatistas diante de incontáveis epidemias que ameaçavam a população que por sua vez exercia pressão no Estado.

A medida adotada para "sanar" estas questões, é o crescimento da saúde pública posteriormente, das quais podemos destacar a Reforma Carlos Chagas de 1923, a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, a Lei Elói Chaves e o surgimento de algumas políticas sociais paternalistas após a "Revolução" de 1930, que zelavam pela ordem pública, todavia como avanços, concebemos a criação do Ministério do Trabalho, a lei de sindicalização e a nova legislação sindical, com posteriores conquistas de direitos trabalhistas agregados através de muitas lutas de classes.

Para Bravo (2013) é no bojo de todo esse processo histórico-econômico que houve a implantação do Serviço Social, onde se faz necessária o enfrentamento da questão social, que se inicia primeiramente vinculado à Igreja Católica como forma de organização das massas, planejamento de obras assistencialistas e operacionalização para manter a hegemonia dos dominantes burgueses brasileiros.

Contudo, os problemas de saúde ainda se faziam visivelmente intensos, o que incitou mais medidas paliativas e outras um pouco mais eficazes. Campanhas sanitárias, porém de cunho militar; ações concentradas no combate de endemias e mais adiante a extensão do modelo previdenciário.

A grosso modo, com o capitalismo monopolista, o Estado cria mecanismos de regulação maiores e para isso se faz mais presente na vida da população de formas antagônicas.

> O enfrentamento da questão social pelo Estado fez-se através da extensão da educação, ampliação da previdência social, combate ás doenças endêmicas e melhora da habitação popular. As medidas tomadas com relação às políticas sociais

> foram, entretanto, setoriais. Diversas instituições de assistência pública foram criadas: Serviço Social da Indústria (SESI) em 1946, Fundação Leão XIII [...] Fundação da Casa Popular em 1951 [...]. A melhoria das condições de vida dos trabalhadores, porém, não conseguiu avançar além das soluções do momento. (BRAVO, 2013, p. 140).

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde. Em 1960 é aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), com abrangência de todos os assalariados em regime de Consolidação das leis do Trabalho (CLT).

Três anos depois acontece a 3ª Conferência Nacional de Saúde que para além de campanhas sanitaristas propõe um olhar mais amplo envolvendo a criação de serviços de saúde pública, uma vez que "[...] neste período, a estrutura do atendimento hospitalar de natureza privacionista, com fins lucrativos, já estava montada, processo que se iniciou a partir dos anos 1950 e apontava na direção da formação das empresas médicas." (BRAVO, 2013, p. 151-152).

Nesse período da história, o Serviço Social brasileiro desempenhava um papel de triagem, distribuição de auxílios financeiros, fichas burocráticas de tratamento e conciliação deste com os deveres do paciente, trabalho com os fatores emocionais e psicológicos, adequação do cliente à instituição como um agente educador sanitário. "A ação dos assistentes sociais na área da Saúde, chamada de Serviço Social Médico, foi incialmente ligada à puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias." (BRAVO, 2013, p. 156).

Adiante, os profissionais inserindo uma ação considerada mais técnica, focam na prevenção dos problemas sociais, temos aí a tecnificação ajustadora de culpabilização o indivíduo visa sua reintegração à função "normal."

Em 1944 é institucionalizado o Serviço Social da Previdência Social que Bravo (2013, p. 159) afirma que "[...] consistia em esclarecer os segurados dos seus direitos e deveres com relação à previdência, ouvindo dos segurados suas queixas e reconfortando-os."

Com o avanço neoliberal a profissão amplia seu campo de visão e atuação no período de 1970, ainda na mediação do embate capital e trabalho, mas como pacificador e harmonizador deste conflito, mas no I Congresso Pan-Americano de Serviço Social em Santiago no Chile, puderam se aproximar de outras realidades e propiciar discussões acerca do Serviço Social Médico e o Serviço Social na Previdência, começando a definir suas atribuições, e, posteriormente vislumbrar concepções ampliadas.

Concepções estas que tiveram espaço de debate com o II Congresso Brasileiro de Serviço Social, realizado em 1961 no Rio de Janeiro, que no grupo de estudos cujo enfoque

foi o Serviço Social Médico, passa a considerar a saúde não mais como aspectos emocionais e psicológicos, pois então acrescentam o fator social.

Após este período a saúde sofre com as investidas privatistas de uma fase ditatorial que por volta de 1980 no processo de redemocratização do país que reivindicações um pouco mais fortalecidas irão acorrer com o projeto de Reforma Sanitária.

Com maior discussão em 1990 numa participação cada vez mais engajada dos assistentes sociais que neste momento também inicia a discussão por um Projeto Ético-Político "[...] produto de uma profunda renovação crítica da profissão, num processo de busca de ruptura com o conservadorismo. Expressa um compromisso [...]." (BRAVO, 2013, p. 177).

Vale salientar, à luz da reflexão de Soares (2010, p. 47) que com movimento sanitarista foi possível a conquista do direito universal à saúde resultante de lutas sociais que pôde "[...] contribuiu decisivamente para uma concepção politizada desse direito. Mesmo que tal conquista não chegue a questionar a ordem econômica e social, consiste num importante ganho para os interesses da classe trabalhadora."

A saúde passa a ser um direito, mesmo assim sofre com a adoção de ajustes neoliberais, como a contenção de gastos e demais medidas que a enfraquece e reorganiza a ação estatal e conforme Bravo (2013), nos anos 2000 passa pelos impactos da política macroeconômica, onde as questões fundamentais são deixadas em pano de fundo, que aponta para as chamadas contrarreformas.

Paradoxalmente estas contrarreformas não são lançadas como realmente são, para descaracterização do SUS, mas sim divulgadas enquanto medidas para seu reestabelecimento, seu fortalecimento, quando na verdade há o movimento de mercantilização e privatização.

> Os princípios do SUS não são negados explicitamente, tendo em vista as possibilidades de resistência. Os princípios e fundamentos legais do SUS são refuncionalizados, adquirem conteúdos distintos da racionalidade hegemônica no projeto de reforma sanitária, incorporando elementos da nova racionalidade hegemônica hoje no sistema [...] Como seus princípios são refuncionalizados, os defensores da contrarreforma apresentam-se como defensores do SUS, da saúde pública e da reforma sanitária, quando, na verdade, o que está em gestação é um SUS que se concretiza de forma bem diversa do SUS histórico. (SOARES, 2010, p. 57).

Esta racionalidade hegemônica atualmente propõe o desmantelamento do direito universal da saúde e demais políticas públicas, como citamos anteriormente, a aprovação da PEC 241/2016.

Mesmo diante deste contexto adverso, as ações de resistência por parte da classe trabalhadora são fundamentais, nisto, a presença do Serviço Social poderá colaborar para esta mobilização – mesmo que a profissão também apresente limites vinculados a esta ordem que

tornam sua atuação pragmática e por vezes até mesmo conservadora, sabendo também que a categoria profissional sozinha não culmina na transformação desta ordem – cabe a nós o movimento constante de lutas, embates e resistência.

> Pensar uma atuação comprometida do Serviço Social na área da saúde deve ter como pressupostos: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde da instituição e não se submeter a operacionalização do seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta do SUS; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas instituições que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento à possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde e sua relação com o Serviço Social. (BRAVO, 2013, p. 180).

Atualmente, como integrante das equipes de saúde, o assistente social possui atribuições e competências específicas nesta área, que podem auxiliar a desenvolver as ações/posturas acima elencadas. Tais parâmetros encontram-se postulados no documento intitulado "Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde", instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009), onde sinaliza que:

> O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CFESS, 2009, p. 23).

A Resolução nº 218 de 6/3/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1997), reconhece a categoria profissional como integrante dos profissionais da saúde, e é reforçada pela Resolução CFESS nº 383 de 29/03/1999 que também caracteriza o assistente social como profissional da saúde (CFESS, 1999). Destaca-se também o Projeto de Lei (PL 6271/2009), que ordena sobre a composição de assistentes sociais nas Equipes de Saúde da Família (TRINDADE, 2009).

Neste sentido, através deste olhar diferenciado da profissão, da função educativa e interventiva, bem como, as dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, podemos proporcionar contribuições no âmbito da saúde, e neste caso, à saúde da pessoa idosa com foco nos aspectos sociais acerca da questão da velhice que tanto tem sido estigmatizada pela ofensiva neoliberal. Por outro lado, Bravo (2007, p. 28) alerta:

> O assistente social na saúde tem sido, historicamente, um profissional subalterno. [...] Mesmo com o surgimento de propostas racionalizadoras e reformadoras para o setor, a contribuição dos assistentes sociais foi reduzida, continuando sua ação de caráter residual. Entretanto, existem grupos de assistentes sociais que criticam a

> prática desenvolvida pela categoria. Alguns têm caído numa polarização reducionista, pautando-se uns no discurso da "impotência" e outros com propostas "voluntaristas". Por outro lado, surge no interior do movimento da categoria um terceiro grupo, que de forma mais consequente, procura trabalhar as contradições do espaço institucional no sentido de mediar, através de sua prática, os conflitos entre os interesses da população atendida x objetivos institucionais, fortalecendo os primeiros.

Na citação acima aferimos que, embora a categoria profissional tenha uma referência teórico-metodológica e em sua formação tenha os postulados da teoria crítica e um projeto ético-político, tais âmbitos não são hegemônicos na categoria profissional, ou pior, se fazem presentes apenas no discurso.

Isto enfraquece a categoria e como dito, os assistentes sociais são vistos como profissionais inferiores, sem muita importância na saúde, correm o risco de serem descartados pela saúde e, uma vez eliminados pelo capital, serão substituídos por outras formas de "tapar o buraco" quando a iatrogênese do sistema se agrava de tal forma que se "perca o controle" dos revoltados sociais.

Para isto, é necessário explorarmos este espaço sócio-ocupacional e desvelarmos as mais diversas formatações possíveis para se engajar em um trabalho dinâmico, diferenciado e que colabore, mesmo sabendo das limitações da profissão neste sistema, para o acesso, bem-estar e saúde (ampliada) da classe trabalhadora, assim como também pela qualidade dos serviços e luta cotidiana contra a pseudoconcreticidade, a burocratização, a cultura provacionista, o sucateamento e demais investidas neoliberais.

É caminhando contra a subalternização do Serviço Social e a subalternidade da classe trabalhadora que, de encontro ao que Vasconcelos (2002, p. 22) diz, assentimos que a "[...] realidade social, política e econômica, tal qual como está instituída, exige dos assistentes sociais a compreensão de que a luta contra a crise social [...], implica a retomada do Estado, do papel de condutor do processo de desenvolvimento e de redistribuidor de renda [...]."

Embora nosso trabalho esteja voltado ao segmento idoso, não desconsideramos a classe trabalhadora como um todo, mesmo porque assinalamos a população idosa oprimida fez e faz parte da classe-que-vive-do-trabalho, além do mais, nossas crianças, jovens e adultos de hoje, serão a população velha de amanhã.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) criado em 1976 é uma entidade nacional engajada em prol da Reforma Sanitária, embora esta tenha inserido pautas de contrarreforma, também tem posicionamentos pela garantia de direitos conquistados.

Como na atual conjuntura do "*Impeachment*" neoliberal de cunho conservador e regressista, onde tanto a CEBES quanto a Associação Brasileira de Saúde Coletiva

(ABRASCO)[44], estão manifestando diante da barbárie, com notas de repúdio a fala do ministro interino da saúde que "[...] o país precisa rever o direito universal à saúde."

Rever algo fundamental? Rever um direito universal? Rever uma conquista? Pois para o capital não é interessante ter algo como dever, muito menos a saúde. Isso é no mínimo inconstitucional e desumano. E aí onde ficará então o HumanizaSUS?

Diante deste e de tantos outros desafios já elencados, a saúde encontra-se em profunda crise, está adoecida por falta de injeção econômica, política e social.

De acordo com o próprio CEBES (2016) "[...] tudo isso acontece num momento de contexto epidemiológico desfavorável, quando os vírus da gripe H1N1 e o Zika assolam a saúde da população", ou seja, momento mais delicado ainda para os segmentos subalternizados: idosos, gestantes, crianças e pobres.

> A atual conjuntura representa grande risco de perda de direitos sociais conquistados na Constituição de 1988 e exige a construção de uma frente democrática. As crises da saúde, da economia e da política constituem diferentes faces de um mesmo problema e precisam ser enfrentadas por uma grande mobilização da sociedade. Acreditamos que esta luta requer a construção de uma frente democrática em torno de um projeto civilizatório comum, capaz de interromper a disputa cada vez mais fratricida que divide os brasileiros e suas principais forças políticas. Esse projeto deve apresentar uma alternativa à proposta de aprofundamento do neoliberalismo. [...] *Os modelos econômico e político vêm tornando as políticas sociais em geral, e o SUS em particular, em objetos das mais escusas negociações por cargos e recursos.* São cada vez mais comandados por interesses políticos mesquinhos, são cada vez mais vendidos para o mercado, que domina desde a prestação até a gestão dos serviços. (CEBES, 2016, grifo nosso).

Neste momento, concordamos que "[...] preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais, e, por conseguinte, pela saúde." (BRAVO, 2007, p. 12).

Momento do Serviço Social junto da participação popular – não aquela que apenas marca presença sem ao menos compreender os objetivos, mas sim a atuante, militante, consciente e preparada criticamente – em conselhos e fóruns e conferências; a integralidade e a equidade das ações em todos os âmbitos, cujo destaque fazemos à Atenção Básica.

A participação popular da classe trabalhadora para indagar questões como: a política de ajuste com a contenção e corte de gastos; a reatualização do modelo médico assistencial privatista; a isenção de responsabilidades do poder central; a falta de acessibilidade

[44] Segundo a própria ABRASCO (2016), a associação "[...] foi criada com o objetivo de atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil."

especialmente em áreas periféricas e rurais; a escassez de insumos, equipamentos, profissionais e falta de capacitações.

A contra-hegemonia é fator essencial para esta luta de embate as contrarreformas neoliberais de caráter focalizado que estimulam ações entre a sociedade civil no intuito de refilantropização, transferindo as responsabilidades para a família ou mesmo para o próprio indivíduo arcar com sua condição de saúde e velhice, dentre as repirvatizações existentes nos demais âmbitos da vida.

E sob o jugo do capital está a população subalternizada. O que é mais vantajoso ao capital, despender numa rede de saúde preparada, capacitada e equipada ou investir em empresas que promoverão cursos para cuidadores domésticos? Nada contra os cuidadores, mas sim contra o objetivo central de transferir os cuidados especializados para cuidados pontuais, ou mesmo como apontamos, responsabilizar total e somente as famílias pela condição de saúde de cada membro.

Nota-se a importância da crítica aos Agentes Comunitários de Saúde como forma de desprofissionalização e redução de gastos com contratação de equipe primária necessária. Em partes este raciocínio é coerente e assentimos que parte de uma estratégia neoliberal.

No entanto os ACS também são uma conquista na APS, mas não representa ampliação da Equipe de Saúde da Família, pois é um “tapa-buracos”, um “faz-de-tudo” com o qual esta categoria ainda tem muito a lutar e se impor.

E acreditamos nas validas atribuições deste profissional que muito pode contribuir na área da saúde, e já estão se fortalecendo como na recente aprovação da Resolução CONACSB nº 001/2014 que dispõe sobre a criação do Código de Ética Profissional do Técnico em Agente Comunitário de Saúde e do Técnico em Agente de Combate às Endemias.

Vale ressaltar sobre o 8º Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde que ocorreu em 2005 e gerou o documento SUS – O presente e o futuro: avaliação de seu processo de construção, o interessante é que neste documento assinalam-se principais desafios do SUS.

Que depois de mais de 10 anos, ainda são presentes: recursos financeiros insuficientes e fracionados; pouca participação do Estado no financiamento; desvios de recursos e ineficiência de gestão; deficiência de recursos humanos; precarização das relações de trabalho; resolutividade insuficiente e limitações no acesso aos serviços.

Das metas pactuadas para o tal SUS do futuro, entre elas, está a intensificação das ações de controle de endemias e fortalecimento das ações de vigilância em saúde, de fato importante, porém analisamos que antecede a isto outra preocupação da qual não houve pactuação: a melhoria das *condições* de vida e de trabalho que assolam a população.

Pois sem um mínimo de moradia adequada, alimentação necessária, renda familiar garantida, como então garantir que não haja doenças ou então reduzi-las se as condições materiais e concretas da vida do ser humano não são minimamente suficientes?

Mais uma vez nos deparamos com ações residuais, pontuais, imediatistas e descoladas da realidade brasileira da classe trabalhadora. Atentemo-nos agora para os objetivos prioritários, e aqui destacamos o prioritário, do documento que estipula ações para 2003/2006: garantir acesso, com qualidade, aos serviços e ações de saúde; melhorar os indicadores de saúde dos brasileiros; fortalecer a gestão do SUS, tornando-a eficiente, eficaz e democrática.

Novamente nos perguntamos: onde estão as mudanças no plano real das condições de vida do trabalhador brasileiro que recorre ao sistema de saúde? Talvez não tenha sido prioridade naquele momento. Pior ainda, não têm sido prioridade em momento algum!

Por isso é indispensável em nossos estudos, pautarmos na Reforma Sanitária enquanto norte para as mudanças contra o projeto hegemônico neoliberal que finge estar promovendo ações para a contenção da massa dominada. Tanto é que no tópico de discussão sobre a "gestão do SUS, eficiente, eficaz e democrática", a questão democrática ficou na mera discussão superficial e não chama a população efetivamente a uma participação social.

Não viemos aqui dizer que simpósios e pactuações como estas não tiveram sua importância, pois naquele dado momento histórico, tiveram seus avanços como: metas estipuladas para implantação novas ESFs e mais equipes de saúde; investimento do programa "Brasil Sorridente" com centros de especialidade odontológica; investimentos no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); elevação de leitos e transplantes; assistência farmacêutica maior; redução da mortalidade materna e infantil; acesso gratuito aos medicamentos retro-virais e demais estratégias que deram sua contribuição para o "quadro clínico de saúde" da nossa saúde.

O que almejamos mostrar é que embora isto contribua, há ações primeiras e básicas que necessitam de ser viabilizadas antes, ultrapassar a visão de saúde como ausência de doença, de mortes ou satisfação individual. Não vemos nem sequer propostas coletivas, quando dizemos coletivas é de coletividade, e não de parcerias com a sociedade para fins e meios precarizados e retrocedores.

Bravo (2007) nos conta da reação positiva do 8º Simpósio que engendrou no surgimento do Fórum da Reforma Sanitária que defendeu a EC nº29 e a ampliação de recursos orçamentários e lançou mais dois documentos significativos "Gasto com saúde no Brasil: é muito ou pouco?" e "O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade." Este

último levanta outra bandeira primordial para o avanço da discussão, a questão intersetorial, o conjunto nas ações, a articulação com outras políticas públicas:

> Melhores níveis de saúde só serão alcançados se as transformações ultrapassarem o setor saúde, envolvendo outras áreas comprometidas com as necessidades sociais e os direitos de cidadania (Previdência Social, Assistência Social, Educação, Segurança Alimentar, Habitação, Urbanização, Saneamento e Meio Ambiente, Segurança Pública, Emprego e Renda). (BRAVO, 2007, p. 12).

Outro aspecto relevante mencionado é a especificidade territorial "[...] de acordo com a realidade de cada região e microrregião, com base nas características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população." (BRAVO, 2007, p. 15). Também cita sobre "estimular a participação da população na definição e acompanhamento dessas metas", com um tópico específico sobre Intensificar a participação e controle social.

A saúde muito avançou em termos de tecnologia, mas em contrapartida vive revezes sem precedente, como a universalização excludente, que de acordo com dados do IBGE (2013) com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostra que 10,6% (cerca de 15,5 milhões) da população brasileira já se sentiram discriminadas tanto na rede de saúde pública como na privada por motivos de natureza econômica: 53,9% em função da falta de dinheiro e 52,5% em razão da classe social.

E acreditamos que esse número possa ser maior por conta do visível descaso, como leitos no chão, macas nos corredores, filas intermináveis, equipamentos quebrados e outras situações que não são vistas como discriminação direta.

O desempenho de nosso sistema de saúde diverge demasiadamente com o que é preconizado. Sendo um dos Sistemas Único melhor elaborado em termos mundiais, mas que na prática deixa a desejar. Não condiz também com a receita destinada, embora ainda aquém do esperado, sua situação não acompanha o que tem sido gasto.

Outro fator é que pagamos maiores impostos com medicamentos e não temos um retorno. O SUS, que criou um teste de avaliação de seu desempenho, foi reprovado nele mesmo com o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), criado pelo Ministério da Saúde em 2012.

Podemos aferir, dessa forma, que a saúde está distante do movimento sanitarista que deu início às reivindicações que moldaram o SUS pela luta de classes, ao mesmo tempo em que paradoxalmente deve estar distante daquela Reforma Sanitária que preconiza apenas reformas e contrarreformas.

Por isso entendemos, a importância de compor uma consciência sanitária para além da RSB instituída pelo projeto da burguesia que tem se apropriado dela.

Assentimos com Soares (2010) que muitas pautas da Reforma Sanitária como o projeto "SUS possível" defendido por antigas lideranças do movimento, flexibilizam os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade.

Em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS que se reatualiza em conteúdos da racionalidade instrumental do Estado burguês, assim, chamamos a atenção das contradições deste movimento.

Soares (2010, p. 183) explica que "[...] a racionalidade instrumental, reatualizada pelos preceitos neoliberais [...] são apresentadas como de natureza técnica e/ou como continuidade da reforma sanitária, que se contrapõem à racionalidade político-emancipatória do projeto de reforma sanitária."

Se analisarmos o que Bravo (2007, p. 29) assinala sobre "[...] uma das questões que se coloca ao movimento sanitário é como tornar efetiva a presença da sociedade civil nas políticas de saúde, ou seja, como se articular de forma mais orgânica com os diversos setores da sociedade civil", nos deparamos como uma forma de participação partícipe, um espaço para darmos continuidade na luta política da classe trabalhadora e criticar em seu interior as pautas que tentam legitimar a racionalidade que instrumentaliza os interesses do capital.

Não desconsideramos que esta forma e este espaço estejam situados no contexto do capital, portanto a luta não se esgota nela, mas com esta consciência sanitária propomos a politização e mobilização das classes como forma de emancipação política, para além desta, a emancipação humana que será possível apenas com a transformação societária.

> Os assistentes sociais da área da saúde necessitam construir alternativas profissionais que superem as atividades técnico-burocráticas e focalizem a ação técnico-política, contribuindo principalmente para *viabilizar a participação popular*, a democratização das instituições, a elevação da consciência sanitária e a ampliação dos direitos sociais. (BRAVO, 2007, p. 30, grifo nosso).

Neste sentido primamos pela importância da mobilização dos sujeitos históricos portadores de direitos, a atuação e controle dos cidadãos e as reivindicações da classe trabalhadora à frente de qualquer pauta e presente em todos os âmbitos e instâncias de discussão e decisão.

Nisto engloba os profissionais que conhecem cotidianamente os entraves e a população que conhece pessoalmente as dificuldades desta política.

> O conjunto dessas competências incorporadas no movimento histórico da profissão tem legitimidade no interior do projeto de reforma sanitária, que requer dos profissionais da saúde uma fundamentação teórico-metodológica crítica, que desvele a realidade para além da aparência fenomênica, que compreenda o processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, que seja capaz de articular e mobilizar os diversos segmentos envolvidos na política de saúde, além também de gerir, planejar, assessorar tanto os movimentos sociais quanto a própria gestão, investigar, sistematizar, entre tantos outros. (SOARES, 2010, p.131).

O que envolve também postura, militância, resistência, luta e envolvimento integral, pois da mesma forma que há pessoas comprometidas, há os detentores do capital introduzidos nestas lutas para redirecionarem as ações sob um viés racionalista formal-abstrato com pseudovalorizações em diversas roupagens.

É imperativo atermos a esta questão, ao passo que vivenciamos tempos sombrios e de barbárie, principalmente no Brasil 2016, que revela a intolerância da dialogicidade, a manipulação, mecanismos alienadores e direcionadores. Afinal, "O cotidiano passou a ser descoberto enquanto espaço de reprodução da dominação ou de resistência contra ela."

É TEMPO DE RESISTÊNCIA!

2.3.2 A categoria profissional e a questão do envelhecimento humano

O profissional do Serviço Social na Saúde contribui na promoção do envelhecimento ativo, desde que na perspectiva de totalidade, como também em prol da afirmação da reforma sanitária em uma luta coletiva contra-hegemônica ao projeto privatista.

Tal reforma faz apologia à universalização das políticas e a garantia dos direitos sociais e "[...] nesta direção, destaca-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho; a importância dos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde através da construção do SUS [...]." (CFESS, 2009, p. 8).

Por navegar na contracorrente, em sua maioria, os assistentes sociais passam despercebidos nesta área, pois a investida neoliberal não está interessada em um profissional com capacidade de desvelar a complexidade da organização do sistema e se opor a ele.

Há que se validar também, a alusão de Vasconcelos (2002), referente aos entraves que nos deparamos e muitas vezes impedem a ação profissional, assim temos, a falta de esclarecimentos dos usuários e dos próprios profissionais do que é direito do cidadão e dever do Estado; a focalização das políticas que impossibilitam a criticidade, o controle social "[...]

‘porque atingem exatamente o não-cidadão’ – o miserável ou mais pobre, o menos culto, o completamente despolitizado.” (VASCONCELOS, 2002, p. 45).

A fragmentação dos direitos dos cidadãos; o individualismo obsessivo; a incapacidade dos trabalhadores sociais em lidar com tantas fragilidades, perdas e sofrimentos, dentre outros fatores que obstam a ação coletiva de efetivação da garantia de direitos.

O Serviço Social caminha parcialmente para a operacionalização e das políticas públicas de saúde e o acesso à garantia dos direitos, para que seja realmente consolidada uma saúde que considere o usuário em sua integralidade, complexidade e totalidade, tendo em vista que as condições realmente dignas apenas se dão com a ruptura do *status quo.*

Com relação ás ações voltadas para a promoção da saúde da população idosa, a categoria profissional poderá pensar em estratégias cotidianas de desmistificação dos estigmas e pseudovalorizações, que na saúde é visto como velhice onerosa, quando na verdade “[...] o velho é um mais: tem mais experiência, mais vivência, mais anos de vida, mais doenças crônicas, mais perdas, sofre mais preconceitos e tem mais tempo disponível.” (ZIMERMAN, 2000, p. 19-20).

A velhice necessita de ações, projetos, serviços e programas específicos na saúde, por se tratar de uma fase em que o ser humano está mais suscetível às doenças não-transmissíveis (DNTs), que “[...] transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo.” (OMS, 2005, p. 15).

Com o processo de adoecimento, geralmente a pessoa idosa necessita de um tempo maior para sua reabilitação do que antes, portanto, a velhice abrange aspectos diversos, que devem ser compreendidos. Referente a isto, partimos do pressuposto de que o eixo da participação social, preconizada na política de envelhecimento ativo, é indispensável.

Lopes (2000) argumenta que o binômio, saúde-doença, requer uma correlação com outras dimensões, em oposição à concepção tradicional da medicina sob o ponto de vista puramente biológico que ocorre no indivíduo.

É necessário fazer relação constante com o “[...] processo saúde-doença aos processos sociais que o determinam, é associar a análise da saúde à esfera do consumo e da produção: formas distintas de desgaste do trabalhador estão relacionadas ao consumo da força de trabalho e ao processo de trabalho.” (OMS, 2005, p. 16).

No artigo de Bergmann e Lopes (2015), analisa que o envelhecimento é associado a todo tempo ao uso de medicamentos. O "velho acabado" é ilustrado como dependente de inúmeros remédios e o "velho enxuto" não precisa deles ou toma-os de maneira preventiva,

reforçando o intento da indústria farmacêutica que visa puramente o lucro, tanto que é um dos ramos mais rentáveis de investimento.

Sinaliza Beauvoir (1976, p. 103) a "[...] tão desolada enumeração de enfermidades da velhice" que será reiterada em todas as épocas "[...] representa um declínio insofismável" que a humanidade teme.

Através da Atenção Básica também se promove a participação social para a proteção social ao idoso, uma vez que atende a comunidade e possui centralidade na família. É o espaço ideal para ações de ampla divulgação dos direitos do segmento idoso.

São ações como a prioridade no atendimento; realização da divulgação ampla do Estatuto do Idoso em grupos e/ou panfletos informativos; acompanhamento em visitas domiciliares por equipe multiprofissional; instituir campanhas preventivas e de esclarecimentos (como sobre a importância de notificação de maus tratos e violência à pessoa idosa);

Ações de promoção da saúde com foco no envelhecimento ativo; a garantia da intergeracionalidade; implementação de políticas de prevenção (osteoporose, combate a quedas e fraturas, diabetes) entre outras que não se esgotem em si mesmas, mas que propiciem o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida.

As Atividades de Vida Diária (AVD) da pessoa idosa, geralmente, com o passar do tempo se comprometem devido à falta de condições físicas, psicológicas e sociais, desse modo, deixam de exercer certas atividades por conta do processo de envelhecimento mais acentuado com a idade.

Todavia, o fato de não ter hábitos saudáveis não é apenas uma opção ou não, pois estão diretamente relacionados a fatores como incentivo, acesso, condições materiais e informações sobre tal.

Corrobora Lopes (2000, p. 48) que "[...] a sociedade do consumo e as descobertas farmacológicas tornam atrativa a ideia de que toda dor e doença tem um remédio à disposição, muitas vezes, apresentado como a única solução. Os possíveis efeitos secundários dos produtos farmacêuticos são pouco esclarecidos."

Diante disto, os profissionais da Equipe de Saúde da Família devem sempre respeitar o estilo de vida de cada pessoa idosa, no entanto este respeito não impede de orientá-los quanto aos benefícios dos cuidados com a saúde na tentativa de promover sua inclusão, divulgação e acesso aos programas, projetos e serviços disponíveis na rede, bem como criar formas de incentivo à participação e vida comunitária no combate ao isolamento, inatividade e exclusão social.

Fatores estes, que também não devem ser vistos isoladamente, mas em sua conjuntura, do contrário, culpabilizará os sujeitos por encontrarem-se na situação em que estão, que na realidade, é muito mais que meros fatores individuais de iniciativas e hábitos, e sim condições objetivas de vida, estruturais, de contextos e vivências.

Tanto é que duas pessoas com um mesmo estado de saúde, ou mesma patologia, podem ter visões distintas sobre sua qualidade de vida.

Exemplifica-se aqui, a pessoa idosa paciente da oncologia, ou outro tipo de patologia, ambas com o mesmo câncer (C.A), contudo uma possui boa condição financeira, rede de apoio familiar e dispõe de uma rede de saúde privada, do outro lado, temos a outra pessoa idosa que faz parte da classe trabalhadora sazonal, sem anteparo familiar e que aguarda tratamento em uma vasta lista de espera no SUS.

Neste sentido, a APS possibilita a atuação do profissional do Serviço Social de forma contextualizada na realidade vivenciada pela população idosa, suas relações sociais e convivência familiar e comunitária.

Constitui-se, portanto, espaço privilegiado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa e ainda que haja dificuldades e desafios, é um dos caminhos a se construir inúmeras propostas e efetivá-las.

Assim, diante da situação apresentada, faz-se necessário a inserção do profissional de Serviço Social para atender a esta demanda, por ser um profissional que atua sobre a produção e reprodução das relações sociais e também na interação entre políticas e direitos sociais.

Estruturar políticas públicas como instrumento de poder para promover a qualidade de vida e apoiar o envelhecimento ativo, saudável e digno é imprescindível e uma das possibilidades de garantir ao segmento idoso a qualidade de vida que merece nesta etapa.

Entretanto, não podemos esquecer que tais políticas em sua maioria, deparam-se com uma correlação de poder e são formuladas de cima para baixo, ou seja, muitas vezes não atendem as reais necessidades de quem dela necessita.

Neste sentido, o assistente social caminha na via da estratégia de viabilizar que a política social deve e pode influir na realidade concreta para que haja mudanças. Evidente que essas mudanças não são o suficiente, pois "[...] o reconhecimento desses limites não invalida a luta pelo reconhecimento e afirmação dos direitos no marco do capitalismo, [...] mas que começa pelo reconhecimento e garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele." (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 195).

Em contrapartida, considera-se também avanços significativos, embora a conjuntura atual seja ideologicamente e politicamente adversa por focalizar e segmentar as políticas com

o argumento falacioso de que tais políticas seriam a causa de ociosidade e comodismo, ao apelar à caridade privada e responsabilização civil como "solução" para minimizar a exclusão social.

Assim, a política social pode viabilizar melhorias na qualidade de vida da pessoa idosa, mas somente a partir de uma nova sociabilidade que poderemos conviver em um mundo com equidade e justiça social, sem quaisquer formas de violência, opressão ou discriminação.

> Contrariando as forças que aceitam e/ou reforçam as investidas do capital especulativo, os assistentes sociais ousam permanecer na contracorrente e sustentam a defesa e a reafirmação de direitos e políticas sociais que, inseridos em um projeto societário amplo, são capazes de cimentar as condições econômicas, sociais e políticas que contribuem para construir as vias da igualdade, num processo que não se esgota na garantia da cidadania burguesa. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 195-196).

Ao se ter clareza dos seus limites e da contradição da política social, aí inclusa a política de envelhecimento ativo, pode-se desvelar possibilidades, ao passo que ela "[...] pode assumir tanto um caráter de espaço de concretização de direitos dos trabalhadores, quanto ser funcional à acumulação do capital a manutenção do status vigente." (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 195).

Para tanto, o Serviço Social, através de sua postura investigativa, reflexiva e propositiva, se encontra munido de uma práxis crítica-reflexiva necessária ao enfrentamento da questão da velhice enquanto demanda social e as demais relações entre esta área de atuação.

> O trabalho do assistente social com idosos, assim como com qualquer usuário, requer um profissional competente. Os idosos, que vivenciaram durante toda a vida a exploração no mundo do trabalho, continuam vivenciando os reflexos da desigualdade social e esta expressão da questão social exige, mais do que nunca, a atuação profissional ética e compromissada com os interesses daqueles que mais precisam. (GIAQUETO; SOARES, 2010).

Enquanto educador social o assistente social contribui com a sensibilização da sociedade para promover o reconhecimento da velhice como uma etapa da vida, e esta requer a efetivação concreta dos direitos sociais específicos desta fase, assim como, a manutenção da autonomia e da cidadania do idoso, do seu respeito e reconhecimento social, sendo estas obrigações de todos nós.

A categoria profissional busca então, decifrar novas mediações para desvelar ideologias a fim de resgatar suas potencialidades, dignidade, despertar a valorização, o

cuidado, o respeito a este segmento e a construção de uma nova e verdadeira identidade libertadora.

2.3.3 A dialética da práxis profissional: desvelando novas mediações

Apesar da saúde se apresentar como um dos espaços sócio-ocupacionais com maior participação do profissional do Serviço Social, ainda percebemos que não há clareza quanto ao seu papel, especialmente por parte de uma parcela significativa dos colegas de profissão. Evidente que a divisão sociotécnica do trabalho de um médico, um enfermeiro, um nutricionista ou psicólogo se difere do assistente social.

Conforme Guerra[45], ainda se delineia a imagem de um profissional que "faz aquilo que os outros não fazem" ou mesmo um "faz-tudo", quando de fato temos regulamentações, atribuições e competências consolidadas, assim como novas a serem gestadas, a saber: ações assistenciais; ações em equipe; ações socioeducativas; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão, por fim, ações de assessoria, qualificação e formação profissional.

Ações que não possuem seu fim nestas que foram destacadas, apenas demos o enfoque nas supracitadas que fazem parte do terceiro tópico do documento "parâmetros".

Das ações assistenciais refere-se geralmente às demandas imediatas e emergenciais que exigirão do profissional uma atuação "socorrista", mas reforçamos, que nela também não deva se esgotar e, conforme Dalva Costa (2006, apud SOARES, 2010, p. 18), "[...] são das contradições do SUS que emergem demandas que determinam a atuação do assistente social."

Assim, Para além das avaliações socioeconômicas e encaminhamentos tangíveis, deve-se a continuidade e qualificação deste encaminhamento para além do palpável.

As demandas assistenciais surgem na necessidade de facilitar o agendamento de consultas, exames, internação e até mesmo no trabalho de ouvidoria (promover a qualidade dos serviços registrando as reivindicações do usuário, suas reclamações e sugestões como forma de participação e mudanças posteriores).

Nas orientações às famílias e indivíduos, em sua maioria com pouca escolaridade ou confusos (com razão), diante de exorbitantes termos técnicos e médicos, elucidar sobre o

[45] Referimo-nos à Conferência da Profa. Dra. Yolanda Guerra realizada no dia 15/05/2012 no auditório central da Universidade Estadual do Ceará (EUCE), cujo tema é "A instrumentalidade do exercício profissional do Assistente Social." (GUERRA, 2012).

tratamento indicado e demais trâmites necessários. É transpor o caráter imediatista e burocrático.

No que concerne às ações em equipe é essencial "marcar seu território" com apropriação adequada das legislações e de tais parâmetros que serão fundamentais para não ser aquele "faz tudo" e conseguir reafirmar a profissão e seu papel, sobretudo, disseminar na equipe que o trabalho em conjunto não é uma competição ou um "empurra-empurra" de ações, na verdade, trata-se de uma somatória que enriquecerá as ações com olhares e saberes diferentes que devem se complementar e fortalecer a saúde enquanto política, e a saúde enquanto concepção ampliada, muito mais que um bem-estar dos sujeitos.

O desafio também está em traçar esta unidade quando todos acabam sendo sugados pela pseudoconcreticidade do cotidiano pós-moderno com situações extremas, pressões, urgências e outras situações rotineiras que faz cada profissional isolar-se em seu "quadrado", "[...] entretanto, estas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho." (CFESS, 2009, p. 24).

Com relação às ações socioeducativas é momento de se munir de estratégias criativas em que o Serviço Social atinja tanto a população usuária, quanto as equipes profissionais, propiciando momentos de acolhida e escuta qualificada; problematizações do cotidiano; campanhas preventivas; promoção do envelhecimento ativo em sua concepção também ampliada.

Realização de atividades/oficinas com temas com os quais se familiarizam, que possuem dificuldade de compreensão ou que exigem um diálogo frente ao momento histórico dado); orientações reflexivas; socialização de informações, democratização de participação partícipe, e especialmente a consciente sanitária[46].

> As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua

[46] Utilizamos a denominação *consciência sanitária* conforme disposto do documento já citado do CFESS (2009, p. 29) em que faz alusão ao termo como "Consciência sanitária é um conceito estratégico utilizado por Berlinguer, principal autor da Reforma Sanitária italiana e que foi uma das referências para os formuladores do projeto de Reforma Sanitária no Brasil. Consiste na articulação de diferentes níveis, possibilitados pela concomitância do corpo biológico com o corpo socialmente investido, o corpo produtivo. Segundo Sônia Fleury, *"a articulação se daria entre a experiência singular do sofrimento, a vivência das necessidades vitais, e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão, portanto, portador de um conjunto de direitos e deveres diante do Estado, e sua inserção na luta entre dominados e dominadores, aos quais remetem tanto as carências vitais quanto a negação dos direitos sociais"* (FLEURY, 1997, p.27, grifo autor)."

> realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Desta forma, tem-se por objetivo a consciência sanitária, conceito fundamental da Reforma Sanitária. Para Berlinguer (1978, p. 5), consciência sanitária é concebida como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um direito da comunidade. (CFESS, 2009, p. 29).

Relativo às ações de mobilização, participação e controle social, estão os espaços de comunicação, pertença, defesa e envolvimento da classe-que-vive-do-trabalho, além da possibilidade de propiciar a dialogicidade e articulação com os movimentos sociais.

Demos ênfase aqui em algumas das ações do Serviço Social neste eixo em concordância com os parâmetros do CFESS (2009, p. 31-32).

- socializar as informações e mobilizar os usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- mobilizar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- contribuir para viabilizar a participação de usuários no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;
- participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários através de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde [...]
- participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional) [...].
- estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando o fortalecimento do controle social, através de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;[...]
- participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e / ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);
- democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos [...].

É de extrema relevância a atuação profissional junto aos movimentos sociais e no fortalecimento desta mobilização, já que as conquistas alcançadas até então são frutos de lutas de classes e as que estão por vir só poderão se materializar com a ruptura desta ordem.

Fundamentamos com Bravo (2007, p. 180, grifo do autor) que nessa história de mobilização "[...] nos quais interessa-nos detectar a *participação de articuladores* significativos na sua gênese e desenvolvimento. Entre estes, vamos ressaltar os assistentes sociais, pela sua inserção em todos os processos políticos descritos, embora com engajamentos diferenciados."

Das ações de investigação, planejamento e gestão, assim como as ações de assessoria, qualificação e formação profissional, requerem dos assistentes sociais uma participação partícipe que não apenas responsabilize a classe trabalhadora para um envolvimento, mas

também a si próprios, numa mobilização da categoria para a discussão e os enfrentamentos de entraves, bem como o engajamento destas questões, sobretudo, porque estas esbarram muitas vezes em limites institucionais.

Quando nos atemos aos limites institucionais, inferimos ao debate das contradições também existentes no bojo da profissão, pois enquanto não podemos negar a profissão possui sua funcionalidade ao sistema no sentido de canalizar as reivindicações da luta de classes, contenção das massas e por assim iniciou-se até sua maturidade que nos muniu de criticidade.

O embate que travamos no dia-a-dia obscuro da aparência é contra o capital. O Estado maquiavélico que cria e conduz as instituições como mecanismos para a manutenção da ordem, e é nestas instituições carregadas de contradições que absorvem nossas intervenções, mas que nela podemos ressignificar o sentido a elas atribuído na perspectiva de garantia de direitos.

> Com o advento do SUS e de sua racionalidade sobre a organização dos serviços de saúde e práticas institucionais, criam-se novas possibilidades de atuação profissional, particularmente em relação ao Serviço Social que tinha realizado seu movimento intenção de ruptura com o conservadorismo, já em fase de consolidação, no final da década de 80. (SOARES, 2010, p.18-19).

Destarte, com a as demandas impostas ao Serviço Social pela racionalidade burguesa existente também na política de saúde, por conseguinte também enfrentamos o tensionamento de limites institucionais.

Uma vez identificados os desafios institucionais – mas não é para nos institucionalizarmos, acharmos a categoria impotente, fatalista ou cair na angústia eterna – vislumbramos o movimento do real e nele desvelarmos ações possíveis e concretas para também não sermos dominados por divagações redundantes, nisto nos referimos à práxis reflexiva, que parafraseando Guerra (2012), possamos identificar a correlação de forças para estabelecermos as estratégias e táticas, com quem faremos as alianças e como desvelaremos mediações.

É compenetrar no terreno da prática profissional profundamente propositiva, pois "[...] enquanto parte da classe trabalhadora não vendemos nosso trabalho e sim nossa força de trabalho, todavia, não vendemos nossa alma, nossas percepções e ideais." (GUERRA, 2012).

Assim, mesmo diante da correlação de forças, do movimento contrário e das contradições existentes nos sistema, nas instituições, nas políticas sociais e na própria profissão, que reconhecemos o papel fundamental de atuação e contribuição do Serviço Social

que caminha um passo, recua dois, ora caminha dois e recua um, porém sempre vislumbrando alcançar esta utopia que nos movimenta.

De acordo com a Guerra (2012) fundamentada na teoria crítica de Marx, o trabalho vai além da produção e energia dispensada para a produção de mercadorias, sendo uma atividade, na qual todo ser social, de maneira genérica, atua e dispensa sua energia na transformação de algo, que quando se deposita energia em determinada matéria, também a transforma.

Assim também é o trabalho social, mesmo o Serviço Social não possuindo um produto final palpável e muito menos matéria-prima a se dispensar energia, possui elementos não tangíveis e a partir da energia dispensada, tendo como ferramenta sua bagagem teórica-metodológica, técnica-operativa e ético-política, aliada aos instrumentais e as instrumentalidades que metaforicamente são as energias dispendidas que atuam no sentido de transformação das demandas postas e impostas.

Que além do imediatamente dado poderá transformar o contexto, as políticas sociais, o sujeito e a si mesma como profissão interventiva e educativa que é. A "mercadoria" que deve produzir nossa força de trabalho é a consciência de classe, a emancipação humana.

Nesse movimento dialético é de total importância a "matéria", a "energia", a via do conhecimento, ao passo que, conhecer é desvelar, elucidar, descortinar, lançar luzes sobre uma realidade e vê-la por dentro, além de sua aparência, mas através de mediações.

Como aponta Guerra (2012), conhecimento é raízes, ir ao radical, aprofundar-se, ao contrário da imediaticidade. O conhecimento a que nos referimos é o conhecimento dialético, crítico e não o positivista, que conserva a ordem por meio do conservadorismo, mas sim aquele que capta as mediações.

Mediações estas, que são o principal instrumento utilizado pelo Serviço Social, como instrumento constitutivo e constituinte, afirmamos que, para mediar é fundamental o arcabouço teórico, o conhecimento, a postura crítica e a perspectiva de totalidade.

A autora supracitada faz a arguição que, para Kant, o conhecimento é produto de uma única faculdade, a razão. Não obstante, esta razão transcende o puro racionalismo funcional, afinal, trata-se de uma razão que como Hegel elege, possui uma função totalizadora. A razão que ilumina as possibilidades e que indica horizontes e desafios. Referimo-nos à razão histórica, crítica, ontológica e dialética.

Guerra (2014, p. 78) esclarece que o procedimento da razão é o "[...] 'vir-a-ser' [...] o conhecimento pela via da razão opõe-se ao conhecimento imediato." A autora continua analisando que "[...] a razão é o que dá inteligibilidade aos fatos e estes constituem-se nos seus fundamentos, ao mesmo tempo em que os fatos são constituídos, constitutivos e

constituintes de relações racionais que obedecem aos princípios de causalidade e contradição.”

> A racionalidade dada pela razão dialética é a síntese de procedimentos ativos e intelectivos e torna-se um adjetivo da razão que desaliena, desmistifica, nega o dado na sua aparência e é capaz de engendrar ações que ultrapassem a dimensão manipulatória e instrumental. (GUERRA, 2014, p. 79).

Da mesma forma que falamos de uma razão radical de raízes, de aprofundamento, temos do outro a razão racional conservadora radicalista e informal-abstrata-burocrática. Do mesmo modo que primamos por mediações molecularmente emancipatórias, por outro lado existem as mediações alienantes provocadas pela frente neoliberal.

Mediatizadas pelo Estado, muitas ações são realizadas revestidas de direitos. Como vimos, direitos paradoxos, direitos contraditórios. Criam-se programas de combate à pobreza com medidas irrisórias.

Marginalização é equiparada à criminalidade, sobretudo, tratada como questão policial, como classe perigosa – tanto que se propõe a redução da menoridade penal – ora com privatizações, ora com repressões e concessões e medidas revestidas de auxílio que na verdade preocupa-se com sua legitimação e as utilizam como forma de ratificar um sistema desigual, além da contenção das classes, pois se a pobreza se rebela, a burguesia a ameaça.

Aos sobrantes para o capital, realmente sobram às sobras. Benefícios irrisórios são oferecidos, quando oferecidos, e políticas direcionadas e revestidas de ideologia dominante são asseguradas.

Como reforçar isto? Os mecanismos diários de manipulação estão por toda parte com injeções de acriticidade pela indústria cultural e reforçadas pelas mais diversas instâncias que criam no imaginário das pessoas, crenças, estigmas e pseudovalorizações onde a exclusão torna-se tão banal quanto natural.

Dessa forma, um comercial que faça exaltação à juventude, em meio a propagandas de consumo exagerado no intervalo de programas de ostentação e sem conteúdo, fica extremamente fácil divulgar pílulas, métodos, receitas e outros meios de se adquirir um envelhecimento ativo totalmente equivocado, demasiadamente distante do *ativo* da concepção ampliada, como se não bastasse, o faz em uma escala gigantesca atingindo a praticamente todos os lares de todas as classes.

Isto posto, no que concerne a tais desmistificações, retomamos as mediações como forma de desvelamento da realidade imposta para uma realidade real no sentido de apreender as verdadeiras questões importantes de disseminação: a luta de classes; os movimentos

sociais; o princípio da isonomia; o envelhecimento ativo e saúde em suas concepções amplas; o sentimento de pertença; a consciência sanitária; a emancipação e outra sociabilidade.

Para tanto esta mediação se encontra no campo da instrumentalidade, no caso, do Serviço Social, para o trabalho profissional com os exclusos, sobrantes e vulneráveis. Entendendo que esta instrumentalidade não se refere a um conjunto de instrumentais ou instrumentos próprios da profissão, mas sim a capacidade da profissão se rever, identificar seus compromissos – com os quais devemos estar comprometidos de acordo com o Projeto Ético-Político – e ter a clareza e alcance de objetivos através da leitura de mundo, da leitura da realidade.

Neste embate e debate dialético-dialógico aferimos com Guerra (2012) que a categoria profissional, diante de todas estas, dentre outras categorias de análise, precisam numa propositura concreta traçar estratégias e táticas de intervenção, uma vez que a instrumentalidade envolve a mobilização de dimensões da profissão: técnica-interventiva, teórico-metodológica e ético-política. Com capacidade de mobilizar as mesmas, para o alcance dos objetivos de importante disseminação, discorridos anteriormente, na superação dos antagonismos e das contradições.

Os antagonismos e contradições também estão presentes no Serviço Social, por isso é fundamental romper com os paradoxos da própria profissão com uma análise crítica, haja vista que, segundo Iamamoto (2000), o Serviço Social atende aos interesses do capital, tanto que seu surgimento histórico pela caridade e controle das massas.

Por isso completamos com o posicionamento da autora abaixo quando diz:

> O assistente social comprometido com o projeto de reforma sanitária e com seu projeto profissional crítico, atuando nesses espaços, necessita de uma fundamentação teórico-metodológica rigorosa, de planejar suas ações a partir do conhecimento da realidade e de forma a garantir que, mesmo nas práticas assistenciais/emergenciais, se trabalhe a dimensão político-pedagógica da profissão. Essas são estratégias imprescindíveis para lidar com o extremo pragmatismo dessas ações. (SOARES, 2010, p. 171).

Seria a profissão ocupar espaços no sentido de ampliar as ações através da informação das reais necessidades da população idosa e as demais usuárias dos serviços "[...] fundadas nos princípios e diretrizes do marco legal original do SUS." (SOARES, 2010, p.172).

Os assistentes sociais por meio das mediações, de uma instrumentalidade racional ontológica, podem através da resistência, promover em grande parte, os interesses também e primeiramente da classe trabalhadora, pois esta é a sociedade capitalista em que vivemos e do

qual estamos submetidos, enquanto trabalhadores assalariados, às metamorfoses do mundo do trabalho precarizado.

Contudo, mesmo diante dos desafios, podemos encontrar meios e fins para defender muito mais o interesse da classe trabalhadora.

Do contrário, a pseudoconcreticidade pós-moderna através da racionalidade formal-abstrata nos impede de visualizar a exploração pela lógica do capital e torna a perspectiva universalista de razão dialética totalmente obscura.

> A racionalidade do SUS constitucional, a educação em saúde e a politização para fins de controle social e participação seriam espaços estratégicos de intervenção para o Serviço Social na saúde. Porém, a realidade se constrói de forma objetiva e histórica e não a partir de um modelo ideal. (SOARES, 2010, p. 19).

Por isso é imprescindível a busca da racionalidade ontológica visando uma nova sociabilidade e um projeto hegemônico da classe trabalhadora em que a centralidade do trabalho não seja sob os ditames do capital neoirracional e sim sob a transformação objetiva e subjetiva da natureza que transforma o ser social coletivamente.

Neste jogo de forças os assistentes sociais precisam ter a clareza do arcabouço teórico-metodológico central da profissão assim como atuar em defesa do projeto societário que a categoria defende – em sua maior parte levanta a mesma bandeira, porém não é hegemônico – ter postura ético-política, pois não basta sermos apenas bons gestores se formos despolitizados.

Acordamos com Guerra (2012) que profissão sozinha não irá fazer a revolução, mas podemos sim, enquanto pertencentes da classe trabalhadora e sujeitos históricos adensar o movimento dos demais trabalhadores para fazer a revolução.

A partir do raciocínio dialético, permite-se apreender este movimento da realidade e vislumbrar as possibilidades para além do racionalismo formal-abstrato que nas palavras de Guerra (2014, p. 110) este racionalismo burguês pode ser chamado de neoirracionalismo devido ao seu caráter reducionista, que impede a dimensão emancipatória da razão e destrói a perspectiva de totalidade universalista, além disso, "[...] nega a objetividade, obscurece as mediações, promove a subjetivação das contradições, transformando-as em elementos exógenos ao sistema."

> As determinações da problemática social do envelhecimento dos trabalhadores continuam se reproduzindo em escala ampliada, pelas novas formas de exploração, pelas precariedades no trabalho e pelo desmonte da proteção social, historicamente,

> construída em resposta a essas mazelas sociais que amenizaram [...] a vulnerabilidade, mediante políticas de seguridade social. (TEIXEIRA, 2009, p. 69).

Portanto o este irracionalismo formal-abstrato em suas múltiplas manifestações – positivismo, neopositivismo, estruturalismo, funcionalismo, weberianismo, entre outros – constituem-se expressões imperativas no pensamento ideológico da burguesia contemporânea, isto não é diferente, quando se trata do olhar e das ações para com o segmento idoso. Por conseguinte, nesta coisificação de tudo e de todos que a presença e atuação do Serviço Social são de extrema importância.

Neste sentido, o assistente social precisa apreender o movimento da realidade e compreender as condições determinadas para o Serviço Social na política de saúde e nas demais também, para então sua atuação e intervenção seja crítica, fundamentada na racionalidade ontologia dialética, ciente de que mesmo assim não romperá com as determinações e seus limites presentes na racionalidade burguesa, no entanto "[...] estará tensionando esses limites e ampliando estrategicamente e dialeticamente as suas possibilidades de mudança." (SOARES, 2010, p.190).

Mesmo com os limites da profissão, mas com o arcabouço e preparo da mesma é preciso ressignificar a questão do "envelhecimento ativo" e da "qualidade de vida". *Ativo* e *Qualidade* na concepção ampliada que defendemos, são definições em que a profissão deve se apropriar aliado ao nosso Projeto Ético Político Profissional que vislumbra uma nova sociedade mais justa e equânime.

No entanto, no real movimento do capital, ações, intervenções e mediações antecedem à conquista de outro projeto societário: diz respeito a consciência crítica, aos movimentos sociais, à ruptura de estigmas e a análise crítica não só da política de envelhecimento ativo, mas de todas as contraditórias políticas sociais, sempre na perspectiva de totalidade em um movimento dialético e dialógico coletivamente com os sujeitos históricos de direitos, integrais e partícipes.

CAPÍTULO 3 POLÍTICA DE ENVELHECIMENTO ATIVO: DESAFIOS SOB A ÉGIDE NEOLIBERAL E AS POSSIBILIDADES DE MATERIALIZAÇÃO

3.1 A não “filosofia” e sim Política de Envelhecimento Ativo: notas críticas de discussão

Este capítulo objetivou descrever acerca da análise crítica referente aos documentos “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”, compilado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e sua releitura intitulada “Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade”, documento lançado em 2016, através do Centro Internacional de Longevidade (ILC-Brasil).

Debruçamos, nos tópicos que se seguem, sobre a forma como o envelhecimento e velhice foram discutidos e delineados por estas políticas de “envelhecimento ativo”, retomando os aspectos vistos nos capítulos anteriores que fazem correlação com os aspectos superficiais abordados por estas políticas.

Embora sejam documentos que apontam muitas mudanças que avançam e esboçam visibilidade maior na discussão da velhice e promoção do envelhecimento ativo, ainda são carregadas de mistificações, contradições e pautas da contrarreforma neoliberal, portanto, partimos do intento de apontar o desafio de superação das políticas pontuais e focalistas, para ações concretas que visem mudanças efetivas com a consolidação de outra ordem social.

3.1.1 Contradições da Política

“Sempre que o ser humano é usado como instrumento para a obtenção de uma meta, anula-se sua humanidade”. (SAFFIOTI, 1997).

Retomamos aqui o debate: se a sonhada longevidade tem sido, na maior parte do mundo alcançada, por que então é tratada como um problema social? A isto podemos aferir a lógica expansionista do capital, que cria dilemas e a eles responde com outros dilemas.

Neste impasse temos um paradoxo, sendo que, de um lado está a conquista de anos a mais e do outro o desafio de que estes anos a mais sejam em melhores condições, afinal, quantidade não é sinônimo de qualidade.

> Este é o grande desafio da atualidade: o aumento da expectativa de vida em todo mundo e o proporcionar qualidade a esta vida mais longa tornou-se uma necessidade. Isto exige da sociedade uma conscientização de seus direitos e do Estado, a maior preocupação com a efetivação de políticas públicas sociais voltadas a este segmento. (GIAQUETO; SOARES, 2010).

A política social de modo geral, na esfera do modo de produção e reprodução capitalista, tem sua gênese a partir das expressões da questão social, ou seja, nasce como um

mecanismo que visa a manutenção da força de trabalho, embora a luta de classes e as reivindicações também tenham impulsionado sua criação.

Assentimos com Soares (2010) ao definir a política social enquanto espaço dialético de projetos contraditórios em confronto, também sinaliza que ela se constitui uma expressão da luta de classes no âmbito do Estado.

Desde modo está "Situada no espaço da reprodução social, a política tem como cerne as relações de produção social, mantendo importantes conexões com as necessidades determinadas pelo modo de ser da sociedade." (SOARES, 2010, p. 23).

Nesse embate, capital e trabalho, a junção de interesses pode ser vislumbrada como políticas sociais, instrumento ambivalente que mediatiza de um lado, os interesses do sistema, e do outro as necessidade da classe trabalhadora.

> A perspectiva das lutas sociais envolve a constituição de sujeitos políticos e os mecanismos de reivindicações, mobilizações, problematização de necessidades sociais, cujas respostas- através das políticas sociais, como mecanismo de administração dos conflitos e da manutenção da ordem -, são partes constitutivas de um padrão legítimo de trato às refrações da questão social, de um modelo hegemônico de proteção social que o estado da luta de classes e a correlação de forças vão constituindo. (TEIXEIRA, 2009, p. 65).

Contudo, nessa balança onde na direita estão as vantagens do capitalismo e digamos que na esquerda estejam as reivindicações da classe oprimida, logo, não é algo equiparado, não é uma balança harmônica se no outro extremo encontra-se o opressor. No que concerne este jogo de interesses, pende-se para o lado dos dominadores, assim como as políticas sociais. Então nessa contradição, a balança [políticas sociais] serve mais a quem?

Historicamente, assim como na acumulação primitiva engendrou-se uma grande massa de pauperizados e para ela se criou a caridade e filantropia – não respondendo mais aos conflitos e tensões foi obrigado a assegurar a criação de direitos como o sistema de seguridade social para o controle dos revoltados e manutenção do sistema capitalista – também desenvolve-se atualmente, políticas de contenção de outros "problemas sociais".

No caso do desafio da velhice, o modo de produção e reprodução social, cria a Política de Envelhecimento Ativo, porque assim não terá tanta oneração com o segmento idoso se houver a "gestão e reprivatização da velhice", ou seja, transfere-se aos velhos e velhas, à responsabilidade sobre si mesmos na condução meritocrática, mercadológica e não estatal.

A própria política de envelhecimento ativo reconhece que a posição do sistema é em detrimento do segmento idoso, que o Estado o encara como um ônus para a sociedade quando esboça que "Os governantes temem, talvez mais que tudo, que o envelhecimento rápido da

população leve a uma explosão incontrolável na área da saúde e custos com seguro social." (OMS, 2005, p. 42).

Com relação à política social de modo geral, podemos enfatizar que sua existência se deve à existência da questão social[47], surgida a partir das lutas de classes, estas, determinadas pelo contexto histórico vivenciado, no caso, o cenário que se apresentava era o de guerras, crises, lutas das classes trabalhadoras e manifestações da população por mudanças sociais, visto que as expressões da questão social estão latentes neste período conturbado.

Por atender a interesses antagônicos, possui uma natureza contraditória e que por trás do que se enquadra a política social, está a presença de correlação de forças, que representam interesses, geralmente, elaborada de cima para baixo, no entanto, também pode permitir à classe trabalhadora que a utilize a seu favor como via de lutas e embates.

> Em qualquer tempo e contexto sociocultural, a política tem procurado satisfazer necessidades sociais, mas sem deixar de atender "objetivos egocêntricos, como o controle social e político, a doutrinação, a legitimação e o prestígio" (Casa, 1998:4) das elites do poder. É esta característica da política social – herdada não propriamente da ordem burguesa, mas de todos os modos de produção divididos em classe (escravista, feudal, capitalista). (PEREIRA, 2009, p. 27).

Estado e a sociedade civil mantêm relações revestidas de contradição, para melhor esclarecer acerca de tal, é importante enfatizar que ambos se influenciam e possuem implicações um sobre o outro reciprocamente.

Então o que queremos considerar, é que o Estado que controla as massas pode também ser um Estado que irá conduzir a uma sociedade sem classes, impossível de ser realizado no atual sistema que vigora, exigindo-se assim a superação desta ordem, visto que é inerente ao modo de produção capitalista o seu desenvolvimento desigual.

> [...] a política social, como componente ou produto que é, da velha e conflituosa relação entre o Estado e a sociedade, no marco das formações sociais de classe (não importam a natureza e a idade quer tenham), vai sempre lidar com interesses opostos, já que ela resulta da pressão simultânea de sujeitos distintos. Sendo assim, a sua natureza não condiz com um enfoque evolucionista que procura encaixá-la num *continuum* que começa com a caridade privada, passando para beneficência e assistência, até terminar como prática evoluída e estritamente associada ao *WelfareState*. (PEREIRA, 2009, p. 28, grifo autor).

---

[47] Trata-se do conjunto das expressões das desigualdades sociais oriundas do modo de produção capitalista, determinada pela lógica de acumulação capitalista, assim sua gênese parte das condições de trabalho nascitura deste modo de produção e sequelas da relação de exploração de uma classe sobre a outra, tendo como expressões o desemprego, a fome, violência, doenças entre outras.

Para Antônio Gramsci o Estado é formado da relação entre sociedade civil (aparelhos "privados" como as instituições - consenso) e sociedade política (aparelhos coativos com domínio direto - coerção), também entende que há coerção, mas nem todas suas ações se resumem em força ou mesmo ameaça, pois há também o consenso, a direção intelectual e moral (hegemonia), assim, o Estado não é impermeável às lutas de classes, podendo tanto manter, como transformar as relações sociais de acordo com os interesses hegemônicos.

> Com Gramsci foi possível conceber o Estado como uma esfera passível de possuir autonomia, mesmo que relativa, colocando-se acima e além da sociedade civil em situações de crise de hegemonia, e, portanto, de instabilidade. Mas, tal autonomia, ao mesmo tempo em que decorre da capacidade organizacional do Estado frente às forças sociais conflitantes, resulta também do apoio que este recebe dos estratos sociais mais importantes sediados no pacto de dominação. Sendo assim, tal autonomia não pode ser vista dissociada da sociedade. (PEREIRA, 2009, p. 127).

Mesmo que o Estado Democrático constitucional, ou seja, previsto na constituição, esteja abalado devido ao repasse da ideologia neoliberal através da classe dominante, realiza-se então, o controle do "consenso" o que abala os fundamentos da democracia e converte o Estado a uma inteira subordinação ao capital.

> Na esfera pública, as classes são expressões coletivas e sujeitos da história, mas modifica-se a relação entre elas. Temos, nesse contexto, uma miríade de arenas de confronto e negociação, gerando uma crescente autonomia relativa do Estado diante dos interesses privados. Assim, a direita neoliberal quer acabar com essas arenas, para criar espaço para um Estado mínimo, numa clara tentativa de fazer com que o fundo público atue apenas como pressuposto do capital. O objetivo da reação de direita é a retomada de um Estado caritativo e assistencialista. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 177).

Em suma, o Estado é amplo e complexo, possui autonomia relativa e "[...] pode ser considerado o lugar de encontro e expressão de todas as classes porque, embora zele pelos interesses das classes dominantes e tenha, ele mesmo, um caráter de classe, esse zelo se dá de forma contraditória." (PEREIRA, 2009, p. 147).

Como estratégia de luta, consistirá em um instrumento de combate, de reivindicação, pois se estiver sob o controle da sociedade e voltada para satisfação das necessidades das mesmas, sob o comando dos cidadãos, haverá maior transparência e consecução guiada por princípios de justiça social e o exercício da democracia na *res pública*, coisa do povo.

> [...] a ideia de que a política social, associada a um Estado ativo, necessariamente não promove e nem emancipa quem se encontra em posição socialmente desigual. Pelo contrário, ela funciona como um meio para manter a desigualdade e perpetuar a dominação do Estado como instrumento manejável pelos grupos no poder. (PEREIRA, 2009, p. 105).

O tensionamento também existente nas políticas sociais requerem um enfrentamento e correlação de forças, mediante transformações radicais, uma vez que as tendências do mundo contemporâneo de pensamento pós-moderno alteram a conjuntura tessitura social.

Conjuntura esta em que o quadro atual é o desemprego estrutural, as modificações no mundo do trabalho, o envelhecimento populacional, os novos arranjos familiares, a dinâmica migratória, a desresponsabilização estatal, dentre outros desafios.

O problema da desresponsabilização do Estado repercute no problema do ônus que se dá à responsabilidade privada. Todos, menos o Estado, são chamados a "solucionar" as incontingências de forma solidária, enquanto há uma sua ingerência e repasse para as empresas que recebem suas investidas e fazem para a população o mínimo dos mínimos de forma precária e acaba por disseminar a "ajuda" e dissipar a noção de direitos.

> Portanto, uma coisa é descentralizar serviços sem restringir ou destituir direitos do cidadão e deveres do Estado e, outra coisa é desenvolver encargos à sociedade, restringindo ou destituindo direitos e desobrigando o Estado de seus deveres. Da mesma forma, uma coisa é a sociedade funcionar como espaço das classes sociais, exercendo papel de agente crítico de rumos e das tendências da política social e outra é funcionar como agente de solidariedade, colaborando de boa-fé, coma usurpação de seus direitos sociais duramente conquistados. (PEREIRA, 2009, p. 201).

O papel do Estado torna-se tão frágil, quanto forte para o sistema de produção capitalista excessivamente competitivo e produtivista. Por essa lógica competitiva, que se tem subordinado mais densamente a política social à política econômica, diminuindo os gastos sociais com exorbitantes cortes dos gastos públicos na área social, além da mercantilização e segmentação da política social.

Assentimos com Teixeira (2009, p. 66) que no campo das políticas sociais, precisamos estar atentos "[...] para além das boas intenções dessas propostas", no sentido de identificar sua essência, a realidade e o contexto no qual se insere e expressa "[...] as contradições inerentes a essas propostas, em função de interesses contraditórios em jogo [...]."

Reconhecemos que há dilemas e possibilidades, limites e avanços. A começar com desafios como nos deparar com a seletividade, focalização, direção restrita das políticas sociais que estão cada vez mais segmentadas com desvio do ser social em sua totalidade, dilemas estes, impostos pela hegemonia neoliberal com mudanças na organização do trabalho, logo, criando rebatimento nas políticas sociais.

Ao se ter clareza dos seus limites e da contradição da política social pode-se desvelar possibilidades, "[...] pode assumir tanto um caráter de espaço de concretização de direitos dos trabalhadores, quanto ser funcional à acumulação do capital a manutenção do status vigente."

(BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.195), cabe a nós nos posicionarmos politicamente, ou seja, ter uma postura profissional que direcione nossa intervenção.

> O reconhecimento desses limites não invalida a luta pelo reconhecimento e afirmação dos direitos no marco do capitalismo, mas sinaliza que a sua conquista integra uma agenda estratégica da luta democrática e popular, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária [..] que começa pelo reconhecimento e garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 195).

A (in) gerência atual do Estado apresenta políticas desarticuladas, pontuais e fragmentadas, de caráter profundamente seletivo que contradiz seu caráter universal ao submeter os usuários a processos vexatórios de seletividade, identificando o mais pobre dos pobres para incluir em uma política igualmente pobre, mediante comprovação de sua necessidade e condicionalidades.

Como podemos aferir com a citação abaixo, é que as políticas sociais, de modo geral, não consideram o sujeito em sua integralidade e totalidade. Desvinculam as especificidades regionais, locais e globais, como se todo cidadão fosse igual e tivesse as mesmas necessidades. A seletividade com que são elaboradas, faz com muitos se sintam constrangidos a "pedir" o que lhes é de direito, a verbalizarem que se sentem "humilhados"[48] e muitas vezes abandonarem o processo em vias de fato, ou mesmo no início.

Diferentemente de outras políticas, na Saúde, quando o (a) trabalhador (a) procura algum serviço, benefício, projeto ou programa, para além da questão socioeconômica, possui o agravante de sua fragilidade de saúde, podendo ser física ou mental, até mesmo ambas, o que deveria facilitar seu acesso, acaba por dificultar ao se criar intermináveis "fluxos" em que passará pelo geral, posteriormente pelo especialista, do especialista para outro e após um demasiado tempo conseguir um mínimo de acesso.

Ao se tratar de uma pessoa idosa então, o quadro diz ser "preferencial", mas sabemos que o público prioritário é aquele que ainda vai produzir mais-valia, aquele que deve realmente se recuperar para no outro dia retornar à servidão do capital. Não se direciona muitas ações para o público idoso, quando devia em sua "última" fase da vida ter o retorno de todo o restante de sua vida dedicada a manutenção de sua sociedade e que ainda o faz por diversas vias (da proteção, do cuidado, do trabalho, do prover, da participação, entre outros),

[48] Terminologia que podemos encontrar certamente nas falas dos usuários da política, sendo que, a pesquisadora desta dissertação em sua prática profissional e mesmo na pesquisa de campo que realizou na monografia de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulada "A desmistificação dos papéis sociais para alcançar a equidade de gênero: a percepção das mulheres usuárias dos programas sociais" pode presenciar a verbalização da palavras "humilhação" com frequência, geralmente associados ao processo burocrático, a entrevista/ atendimento social e aos questionários a que foram submetidos.

recebe muitas vezes um “aguarde”, pois para o sistema “talvez você não esteja mais aqui amanhã e poderemos atender uma pessoa produtiva”, assim, subliminarmente é o que acontece.

> De acordo com Debert (1999), os indivíduos são incentivados a exercer uma vigilância constante do corpo e são também responsabilizados pela própria saúde, através de doenças auto-infligidas, resultados de abusos corporais como a bebida, o fumo, a falta de exercício físico etc. Essa visão é incentivada pelas políticas de saúde como forma de reduzir os seus custos [...] Nega as diferenças existentes entre os indivíduos em prol da busca do envelhecimento ativo, como contraponto à visão pessimista do envelhecimento. Encobre os problemas específicos da última fase da vida. (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 8).

Compreendemos que muitas ações, serviços, projetos e políticas, apesar de contemplar reivindicações e necessidades das lutas sociais, acabam por serem transcritas por esta ordem societária injusta, que muitas vezes as transformam em “cartilhas superficiais” ou em “cartas de boas intenções”, pois não mudam as condições reais da classe trabalhadora.

Neste sentido, a classe trabalhadora mesmo inserida nestas ações, serviços, projetos e políticas não deixam de ser a classe oprimida e dominada pelo capital.

Especialmente na área da saúde, adota-se o termo bem-estar, este é outro termo que podemos comparar ao conceito restrito, relativo e equivocado de qualidade de vida. São conceitos que precisam ser ampliados.

Ampliados no sentido de compreender ontologicamente o ser social, para que o mesmo não se torne apenas uma senha, um cartão SUS ou um usuário qualquer. Que saibamos que esta classe trabalhadora possui uma identidade, uma necessidade real que não se esgota neste sistema.

A ampliação de conceitos é reconhecê-los enquanto construção social nesta dada sociabilidade e, todo e qualquer conceito deve ser compreendido em suas múltiplas dimensões, considerando o contexto histórico, cultural, político, econômico e social. E que sua ampliação real apenas se dará com a ruptura do projeto do capital.

Por isso que precisamos de ações muito maiores uma campanha de vacinação, mais do que uma prevenção de quedas, bem mais que a “nova caderneta do idoso” (não desconsiderando a importância destas), mas que não sejam taxativas ao se direcionarem ao “acamado”, inválido ou àquela criança velha e teimosa.

Somos sim, todos teimosos, seremos sim todos velhos, precisamos claro de prevenção, mas como prevenir realidades já dadas? Não dá para se pensar em políticas preventivas sem mudar o foco que as fazem necessárias. Temos prevenção quando existe uma causa, devíamos prevenir sem havê-la.

Como prevenir a síndrome de Burnout, se o trabalhador está submetido ao ínfimo esgotamento e pressão em seu ambiente de trabalho? Como abordar a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), se acredita-se que a pessoa idosa é assexuada? Como prevenir doenças musculoesqueléticas se só propaga-se a realização de atividades físicas e não se olha para o trabalhador rural exposto a diversos riscos, sobrecarga e periculosidade?

A política de saúde deseja expor sobre higiene para pessoas que vivem em condições insalubres e discursam sobre um envelhecimento ativo, para pacientes que categorizam como pessoas cujos hábitos são inadequados por não terem poder aquisitivo para consumir uma alimentação balanceada.

São contradições embutidas de contradições que elaboram mais e mais políticas desconexas, residuais e focalistas.

No excerto abaixo, Potyara Pereira (2009) expressa tendências que acarretam cada vez mais neste Estado MIX (máximo para o capital e mínimo para a sociedade) que corrobora para que velhas e novas políticas sociais permaneçam com este olhar reducionista.

> a) ação minimalista do Estado na garantia de direitos e no processo de provisão de bens e serviços; b) predomínio das políticas sociais focalizadas na pobreza extrema, em substituição às políticas sociais universais; c) ressurgimento das condicionalidades, ou contrapartidas compulsórias, como mecanismo de controle seletivo do acesso dos pobres a benefícios a que teria direitos; [...] e) culpabilização dos pobres pela sua situação de privação. (PEREIRA, 2009, p. 71-72, grifo do autor).

Para complementar o raciocínio supracitado, podemos destacar o que Yasbek (2014) chama a atenção para a monetarização das políticas sociais residuais que estão cada vez mais fragmentadas e focalizadas e na mesma proporção são pontuais, imediatistas e mínimas, cada vez mais distantes de serem universais. Prova disto está que na própria Política de Envelhecimento Ativo, que muito avançou no olhar para o segmento idoso, ainda assim está imbricada de incompletudes e contradições como abordaremos no tópico a seguir.

3.2 Análise e crítica acerca do documento “Envelhecimento ativo: uma política de saúde” no contexto adverso da lógica do capital

Adentrando o espaço online no site da SBGG, nossa primeira pesquisa se dá em torno do conceito de “envelhecimento ativo”, termo empregado no final dos anos de 1990 pela OMS. Nesta busca por EA o que encontramos logo à primeira vista? Imagens!

Visualmente lindas, porém que em nossa percepção destoa da real imagem do envelhecer ativo. No entanto, esta é a mesma imagem se procurarmos em sites de busca, afinal, especialmente a palavra “ativo” remete na maioria das vezes, ao termo genérico físico, muitas vezes associado à prática de exercícios físicos. Pois bem, temos duas imagens (Figura 8 e 9, respectivamente) no site em menção: a primeira aparenta ser um casal, brancos, exercitando-se em uma corrida ou caminhada, provavelmente burgueses sorrindo.

Figura 1 – Envelhecimento ativo I.

Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), 2016.

Na segunda foto, a imagem (Figura 9) se aproxima com o que chamamos de envelhecimento, são três mulheres – representam a feminização da velhice – mas não se aproxima ainda de nosso conceito de ativo, uma vez que novamente estão a praticar algum tipo de exercício físico. Além disso, não há representatividade racial, novamente, em pleno Brasil tão miscigenado e diverso, temos 03 mulheres brancas, em uma área de lazer, de classe social a suspeitar.

Figura 2 – Envelhecimento ativo II.

Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), 2016.

O conceito de Envelhecimento Ativo de acordo com a SBGG, a OMS, e as demais políticas que propõem e promovem, classificam-no como: "[...] processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas." Indagamos então: em qual parte está a tão referida prática de exercícios físicos?

Acordamos que este conceito seja adequado, no entanto, não se esgota nele. É muito mais amplo e complexo, sobretudo porque o ser humano é uma "[...] síntese de múltiplas e complexas determinações." (MARX, 1859, p. 632).

Compreendemos o termo "ativo" em uma acepção maior, uma questão de participação, de engajamento, de politização, de ser e estar partícipe de todos os âmbitos em nossa sociedade seja na esfera social, política, econômica, cultural, civil e espiritual. Concepção esta similar ao que a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia diz, então talvez tenha se equivocado nas imagens?

Acreditamos que seja uma discussão maior. Portanto neste tópico objetivamos analisar criticamente, sob a perspectiva de totalidade, o porquê de tamanhas contradições explícitas e implícitas ao tratarmos do envelhecimento ativo.

De novo estamos efetuando buscas para esboçar a amplitude e as visões relativas à Política de Envelhecimento Ativo. Destrinchando o documento "Envelhecimento Ativo: uma política de saúde" em 2005, resultado da segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento em Madri, também nos deparamos com uma figura (Figura 10), dessa vez apenas uma que está presente em todas as páginas:

Figura 3 – Envelhecimento ativo: uma política de saúde.

Fonte: OMS, 2005.

À primeira vista é um homem também caminhando ou correndo, o que não é de todo negativo se isto for representar o movimento, a dinâmica, a necessidade de não ficarmos letárgicos ou estáticos. Seu aspecto físico é ótimo, fato que também não é ruim, mas ele parece ser jovem! E de qual velhice falamos?

São muitas as velhices, não há envelhecimento homogêneo, e o que percebemos na velhice da classe trabalhadora, são sujeitos fragilizados em seu aspecto social, mental e inclusive físico. A imagem poderia ser de um idoso ou uma idosa, ou porque não ambos os sexos? Com uma bengala, um andador, ou mesmo em uma cadeira de rodas, esses velhos (as) deixariam de ser ativos?

Afinal a concepção ampliada de "ativo" não nos limita a pensar apenas no aspecto físico de uma pessoa velha, mas também no plano relacional, social, de escolhas, percepções e das mais diversas condições.

Outra vez reiteramos que o significado de ativo não pode ser visto como um bem-estar corporal, e aqui não pretendemos descaracterizar a necessidade deste cuidado específico com o corpo, porém enfatizar que não é puramente este.

A velhice em seus diversos graus de dependência[49] ainda assim pode ser "ativa" de forma relativa, não é apenas o idoso em Grau I que consegue participar ativamente, o que

[49] Com base na ANVISA (2016) na Resolução – RDC nº 283 de Setembro de 2005 do Ministério da Saúde, o Grau de Dependência I refere-se ao segmento idoso independente, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda. Grau de Dependência II classifica pessoas idosas com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada. Já o Grau de Dependência III se trata de pessoas idosas com demasiada dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

possui Grau II mesmo com suas limitações, poderá estar interagindo em um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), ou mesmo inserido no espaço do Centro Dia do Idoso (CDI), ocupando espaços em Conselhos, Conferências, Fóruns e demais eventos de controle social. Precisa ter oportunidades e espaços de escuta, retomada de memória, intergeracionalidade na própria família e em demais instâncias as quais se sentir à vontade.

Mesmo a pessoa idosa que se encontra em Grau III de dependência deve ter um tratamento digno em que possa ser "ativo" mesmo que nas pequenas situações cotidianas ou de escolha em que ainda for capaz de responder por si mesmo.

Temos como exemplo: uma idosa acamada, traqueostomizada ou fazendo o uso de sonda naso-gástrica, com necessidade de fralda geriátrica e que embora muito debilitada esteja lúcida, tem o direito de ser autônoma em suas decisões, se deseja ou não a institucionalização assegurada como escolha pelo Estatuto do Idoso, pois é nítido casos de velhos (as) que contra sua vontade ou por pressão familiar são acolhidos e posteriormente adoecem gravemente e há até mesmo casos que vão a óbito.

Essa idosa em tela também deve ter o direito de ter conhecimento quanto à doença que enfrenta e quais os tratamentos a que será submetida, e jamais, a um tratamento infantilizado, problemática esta que devemos enfrentar todos os dias, pois o (a) idoso (a) não é uma criança envelhecida.

Dessa forma, são pequenas atitudes cotidianas que podem significar muito nos cuidados com aquele (a) idoso (a), que poderá inclusive causar rebatimentos negativos, se o enfoque for apenas sua situação como a de um inválido, ou positivo quando ele se sente parte e partícipe do seu processo de recuperação.

O "ativo" está totalmente relacionado à questão, da independência (promover estímulos, interação mesmo que mínimas), da autonomia (poder de decisão, escolhas, manifestar seus desejos) e do cuidado (com respeito e dignidade tanto pelos profissionais, quanto pelos familiares ou cuidadores).

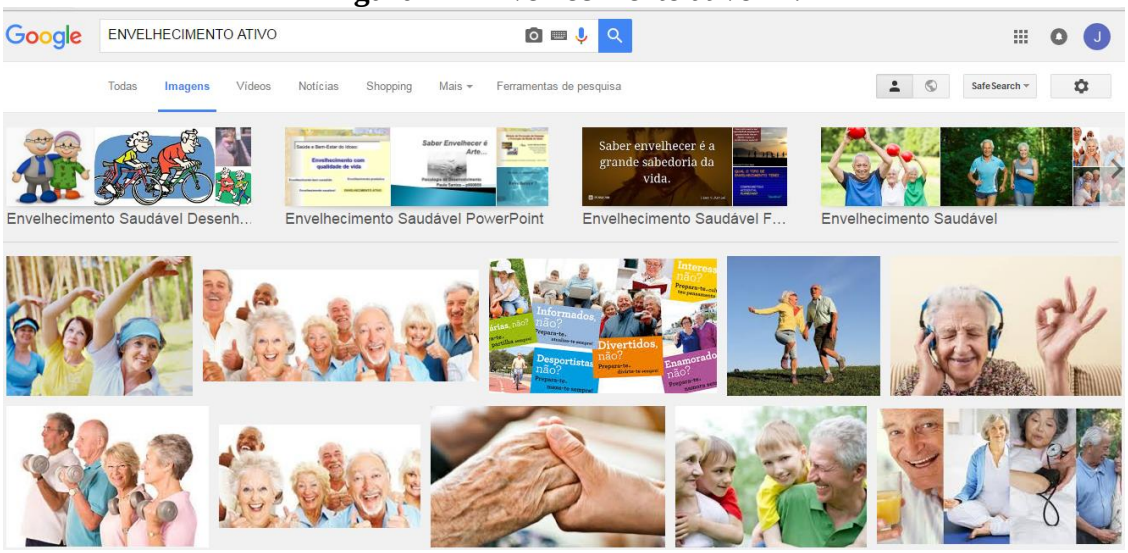
Mais uma vez, de que velhos falamos? Dos velhos e velhas trabalhadoras, da classe-que-vive(u)-do-trabalho, dos alijados do sistema, dos famigerados experientes que acumulam saberes e experiência, dos sujeitos históricos e de direitos. Da pessoa idosa ativa que merece e necessita de melhores condições para manter-se ativamente.

Contudo, de quem as políticas, o plano midiático e a sociedade como um todo fala? À luz da ideologia neoliberal e pós-moderna temos a "Terceira Idade" sorridente (com todos os dentes) praticando exercícios e vivendo a "boa idade" com certo poder de consumo, e do

outro, os velhos “gagá”, onerosos para a Seguridade Social e que não possuem mais serventia alguma para o capital.

Como então desmistificar as imagens equivocadas, descoladas da realidade sobre o envelhecimento ativo?

Figura 4 – Envelhecimento ativo III.



Fonte: GOOGLE, 2016.

De início analisamos o que temos de concreto, a Política de Envelhecimento Ativo – a tese – para então fazermos a negativa desta tese, ou seja, a análise crítica, sem desconsiderar é claro as mudanças por ela promovidas – a antítese – e por fim sua desconstrução por ela ser fruto do sistema vigente que também deve ser desconstruído – a síntese.

Nesse movimento dialético, aferimos que, embora a Política de Envelhecimento Ativo aponte que para se envelhecer ativamente há uma série de determinantes que envolvem os sujeitos, as famílias e os países, não chama na maior parte do tempo, atenção à ação estatal.

O documento parte de um determinismo muito grande ao tratar dos fatores que consideramos condicionantes para o “envelhecimento ativo”. Assinala parâmetros reprivatizantes, direcionando-se numa perspectiva de velhice “bem-sucedida”, de gestão pessoal e familiar.

Tanto é que por inúmeras vezes se refere à velhice como a “Terceira Idade”[50] o que dá uma conotação mais sutil. Esse termo existe, mas para ser cunhado em uma política, remetemo-nos ao “segmento idoso ou pessoas idosas”, como velhos e velhas que são, e

[50] Na contagem de palavras pudemos observar que o termo “Terceira Idade” apareceu 17 vezes no decorrer do texto. A palavra “velhos” mesmo que tenha contabilizado 29 vezes assim como “pessoas idosas”, ainda se mostra aquém se somado à “Terceira Idade” com as 153 vezes em que “idosos” apareceu, não incluindo assim a questão de gênero.

justamente para desconstruir a imagem da palavra velho (a) – forjada pelo capital – como sinônimo pejorativo.

O documento organizado pela OMS, apesar de intitulado “uma política de saúde”, em momento algum pensa estratégias e ações específicas na rede de Atenção Primária à Saúde, como se não houvesse uma porta de entrada para o SUS que pudesse facilitar o acesso e a promoção de ações voltadas para o segmento idoso.

Em momento algum sinaliza a Reforma Sanitária Brasileira, mesmo nas suas primeiras reivindicações do movimento sanitarista que luta por um sistema único de saúde, não se têm nem a dimensão política-emancipatória do movimento, no entanto também não traz as discussões de contrarreforma do estado que estão inseridas na RSB atualmente pela ofensiva neoliberal.

Pensar-se em um envelhecimento ativo é conquista da classe trabalhadora, das mobilizações, manifestações, mas ela transforma-se me políticas e documentos via interesses antagônicos, de um lado para atender as necessidade da classe-que-vive-do-trabalho, do outro numa contenção para a manutenção do sistema capitalista.

E ao moldar-se em ações, serviços, projetos e políticas, seu controle é realizado “de cima para baixo”, pois com a manobra das massas o neoliberalismo tem sua legitimidade.

No entanto, enquanto formuladores, executores e avaliadores – tanto na forma de profissionais como na de usuários dos serviços – não podemos ser “fatalistas” ou conformados com as lacunas e direcionamento contrários que se apresentam.

Frisamos que as políticas surgem do movimento e da luta de classes, portanto podem também ser instrumentos de nossa prática profissional e/ou instrumentos de intervenção na vida dos cidadãos trabalhadores, sendo assim, as cobranças e as reformulações também são nossas.

De início fica evidente que a Política se dirige a uma classe social específica, quando discute “quem são os ‘mais velhos’”? Refere-se à velha burguesia e discorre de modo geral apenas do corte etário e não se menciona a velhice subalternizada.

Em nenhum momento faz alusão ao segmento idoso marginalizado, subscreve os “mais velhos” da classe dominante também, se não só eles. Tal observação não parte do intento de excluir um envelhecimento ativo para os velhos mais abastados, pois todo e qualquer ser humano merece condições dignas de vida, no entanto os “mais velhos” subalternizados apresentam particularidades que exigem um olhar e ações específicas em uma sociedade com tantos engodos.

Trata-se mais do que o princípio constitucional da isonomia, mas do princípio estabelecido em pauta pelos movimentos sociais e que está disposto no SUS, o princípio da equidade, da igualdade com justiça, especialmente pela velhice disforme que sempre haverá no capital.

Portanto, pensar primeiramente nos velhos e velhas da classe-que-vive(u)-do-trabalho é pensar numa concepção ampliada de envelhecimento ativo, é englobar nessa concepção o princípio da equidade.

A Política de EA introdutoriamente aponta sobre o contexto de envelhecimento populacional de maneira global, não considera o princípio da isonomia, haja vista que ressalta acerca das mudanças demográficas e o envelhecimento como um triunfo e concomitantemente um desafio.

A desigualdade na realidade brasileira está em números, está no índice de Gini, está no IDH, está nas ruas, na expressão da velha classe trabalhadora e segundo o ILC-Brasil (2015, p. 26), "A metade inferior da população mundial - 3,5 bilhões de pessoas - possui o mesmo que as pessoas mais ricas do mundo, que poderiam confortavelmente se acomodar em um ônibus de dois andares."

Ainda de acordo com a mesma fonte, a desigualdade vem crescendo cada vez mais no mundo o que exige ações prioritárias por ser uma das primeiras na lista de desafios com base no Fórum Econômico Mundial.

O público-alvo da Política (OMS, 2005, p. 07) "[...] abrange governantes em todos os níveis, entidades não-governamentais e o setor privado, e todos aqueles responsáveis pela formulação de políticas e programas ligados ao envelhecimento" e mais adiante completa "com a participação de vários setores."

Questionamos então: onde está o segmento idoso neste diálogo? Não deveriam ser os velhos os primeiros em destaque como público-alvo? Será que ainda estamos sendo extremamente pretenciosos querendo problematizar "para" os sujeitos e não "com" os sujeitos. Como dar voz se eles nem ao menos têm vez? É totalmente autoritário discutirmos a realidade do idoso sem inseri-lo como partícipe.

Fazemos uma ressalva diante do que o documento aponta (OMS, 2005, p. 8) "[...] no entanto, as pessoas da 3ª idade são, geralmente, ignoradas como recurso quando, na verdade, constituem recurso importante para a estrutura das nossas sociedades." A questão da velhice enquanto um recurso é interessante, mas também cabe uma crítica, acerca de quais recursos são e para quem são estes recursos.

Muitas vezes a pessoa idosa é o (a) provedor (a) da renda familiar, por ter garantida a aposentadoria todo mês, os demais membros submetidos ao trabalho precarizado ou mesmo desempregados, não conseguem manter as necessidades básicas, portanto podem ser a fonte de recurso material ou como cuidador (muitos cuidam dos netos e demais crianças da casa).

São recursos contando com sua experiência, conhecimento, cuidado, renda e demais envolvimentos, mas também sob o jugo do capital, são "recursos" para a reprodução familiar cotidiana da mão-de-obra para o sistema, recursos para manter ativo o consumo, recursos para manter o exército industrial de reserva e recurso valioso para justificar a insuficiência da previdência social e aumentar a tributação de impostos porque o "agrisalhamento" da população necessita de medidas urgentes para evitar sua falência.

Muitos temas assinalados pelo documento se fazem fundamentais para sua materialização, tal como a definição da ambivalente palavra "ativo":

> A palavra "ativo" refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados. (OMS, 2005, p. 13).

A este excerto podemos comentar que a conceituação do termo atende a amplitude dos debates que temos suscitados, mas ainda sim contraditório na própria escolha de uma imagem para ilustrar o documento.

Ainda com tamanho avanço, a política de envelhecimento, muitas vezes gesta a promoção de atitudes individualizadas, e assim, as pessoas idosas "[...] podem continuar a contribuir ativamente para [...]." (OMS, 2005, p. 14) e o inverso? Como os familiares, companheiros, comunidades e países, aqui acrescentamos o Estado, podem também contribuir para o triunfo de um envelhecimento ativo?

O objetivo da Política de "Envelhecimento Ativo", conforme exposto, é a "[...] qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo", mas as pessoas não são iguais. O tema da heterogeneidade ficou em segundo plano, mesmo que se aponte "conforme as necessidades" é de suma importância adentrar no seio de tais necessidades e apreender seu movimento. Quais necessidades? Pessoas em situação de vulnerabilidade e de risco pessoal e social deparam-se com necessidades que antecedem o "ativo", porque nem mesmo o básico está sendo garantido.

Para pensarmos a política do envelhecimento ativo, temos que antes, pensar outras políticas que visem o atendimento as necessidades primeiras, básicas, ao passo nem mesmo as seguranças afiançadas das proteções sociais estão sendo garantidas.

Ou seja, não faz sentido problematizarmos o envelhecimento ativo ou o próprio conceito de saúde se não ampliarmos esta discussão para que ela possa abranger as condições de renda, trabalho, moradia, educação, assistência social, alimentação/nutrição, saneamento, cultura e lazer.

A questão é dimensiona-las em condições objetivas, na garantia de direitos, na melhoria da qualidade de vida enquanto construção social, mas para além de "melhorias", precisamos de rupturas, transformações para outra sociabilidade, pois somente assim, longe das redomas do capital, teremos estas dimensões realmente humanizadas e justas.

Para alcançar então o trabalho criador e potencializador; moradia adequada; educação libertária; saúde com qualidade; assistência e proteção integral e realmente o envelhecimento ativo, digno e equânime em todas as dimensões da vida da classe trabalhadora.

Com estes e outras dimensões em pauta, aí sim poderemos pensar em nível do "ativo", aliás, consequentemente com essas provisões em outra estrutura social, se possibilita o envelhecimento ativo sob o prisma do curso de vida, sobretudo porque vale ressaltar que ninguém faz revolução com fome.

No documento, depois de esclarecido sobre o conceito de envelhecimento ativo e outros correlatos como o de "qualidade de vida"[51], que inclusive parte de uma percepção mais individual do sujeito, enquanto para esta pesquisa tivemos um tópico exclusivo para delinear nossa concepção primando pela perspectiva da totalidade; no terceiro tópico aborda os fatores determinantes do envelhecimento ativo.

A priori, retrataremos o que é explanado no documento e em seguida nossa percepção crítica acerca de cada determinante.

Fatores determinantes transversais: cultura e gênero – o documento declara que este determinante "modela nossa forma de envelhecer" e que os valores e tradições interferem em nosso modo de encarar as pessoas idosas e o processo de envelhecimento.

Refere-se a desmistificação de estereótipos e da importância da convivência entre as gerações. Percebemos o avanço da discussão de gênero presente, em contrapartida, sua

[51] De acordo com a Política de Envelhecimento Ativo (OMS, 2005, p.14), com base na OMS, qualidade de vida é "[...] a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente."

superficialidade e a predominância de aspectos descontextualizados que envolvem "status social" ou "posição socioeconômica" (OMS, 2005, p. 42) e o plano comportamental dos sexos. Mudanças: embora sutilmente, fala-se das diferenças entre os burgueses e os subalternizados. Entretanto a discussão não penetra no terreno arenoso da problematização das *classes sociais*.

> Em muitas sociedades, as mulheres jovens e adultas têm status social inferior e acesso mais restrito a alimentos nutritivos, educação, trabalho significativo e serviços de saúde. O papel tradicional das mulheres como responsáveis pelos cuidados com a família também pode contribuir para um aumento da pobreza e de problemas de saúde quando ficam mais velhas. Algumas mulheres são forçadas a largar o trabalho remunerado para assumir os cuidados com a família. Outras nunca têm acesso ao trabalho remunerado, já que cuidam de filhos, pais idosos, cônjuges e netos em tempo integral. Por outro lado, homens jovens e adultos estão mais sujeitos a lesões incapacitantes ou morte devido à violência, aos riscos ocupacionais e ao suicídio. Também assumem comportamentos de maior risco, como fumar, consumir bebidas alcoólicas e drogas e se expor desnecessariamente ao risco de lesões. (OMS, 2005, p. 20)

Fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social – destaca sobre a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Mudanças: a perspectiva do curso de vida.

Novamente o debate restrito ao plano corporal onde a concepção de saúde, acaba por restringir-se no âmbito da doença, desconsiderando as *condições* de vida. O serviço social pareceu-nos uma incógnita, pois subdividiu-se em serviços curativos, assistência a longo prazo (sistemas de apoio informais e formais) e serviços de saúde mental. Com relação a isso parafraseamos Carolina Maria de Jesus[52] "[...] onde está o tal do Serviço Social?"

Fatores comportamentais determinantes – discorre acerca do tabagismo; das atividades físicas; da alimentação saudável; saúde oral (consumo de álcool, medicamentos, iatrogenia) e adesão ao tratamento, fatores de suma importância em se pensar, mas acreditamos que não são os únicos.

De prelúdio pontua "[...] a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde." (OMS, 2005, p. 20), logo temos o fator "estilo" da qual discordamos e aprofundaremos em seguida, ademais, o viés colocado aponta para a reprivatização da saúde e da velhice.

---

[52] Maria Carolina de Jesus (1914-1977) foi moradora da Favela do Canindé, mulher batalhadora, catadora de lixo e escritora que registrava o cotidiano da comunidade que deu origem a obra "Quarto de despejo: o diário de uma favelada" já analisava e questionava o papel do Serviço Social naquela época.

Fatores determinantes relacionados a aspectos pessoais – faz alusão de fato a questões pessoais e individuais dos sujeitos como a biologia e a genética aliado aos fatores psicológicos.

Analisamos que mesmo que haja aspectos inerentes a cada ser humano, estes aspectos estão associados a uma história de vida e elementos objetivos que interferem no subjetivo. Por exemplo: a depressão, a solidão ou o isolamento social sinalizado neste tópico está vinculado à forma como se dão as relações sociais, a dinâmica e convivência familiar e comunitária. Quando o ambiente externo não é favorável, o interno fica prejudicado.

Fatores determinantes relacionados ao ambiente físico – conforme já citamos o ambiente físico é importantíssimo para manter-se em "atividade", ele pode até mesmo impactar nos demais determinantes de forma negativa ou positiva.

Neste determinante a política aborda quanto às situações de risco; a urbanização; moradia; acessibilidade e da "[...] água limpa, ar puro e alimentos seguros." (OMS, 2005, p. 28), identificamos ser o fator mais bem delimitado e que se aproximaria a perspectiva de totalidade.

Fatores determinantes relacionados ao ambiente social – dados como oportunidades de educação, proteção contra a violência e maus-tratos, situações de conflitos e apoio social, demostram um grande avanço.

Contextualiza-se as *condições,* no entanto, como se não houvesse determinada sociabilidade e um ambiente permeado por estigmas, direcionamentos e instâncias de poder e coação.

Fatores econômicos determinantes – considera-se nesta instância de debate: renda; proteção social e trabalho. Assim, "As políticas de envelhecimento ativo precisam se cruzar com projetos mais amplos." (OMS, 2005, p. 30) enxerga a necessidade de outro projeto, porém não o propõe, nem mesmo faz alusão a qual tipo de projeto.

A interligação da política de EA com projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) é fundamental, além de que, falta um destaque para a realidade macroestrutural do país já que se pontuam os fatores econômicos, que em nosso país é marcado justamente pela desigualdade.

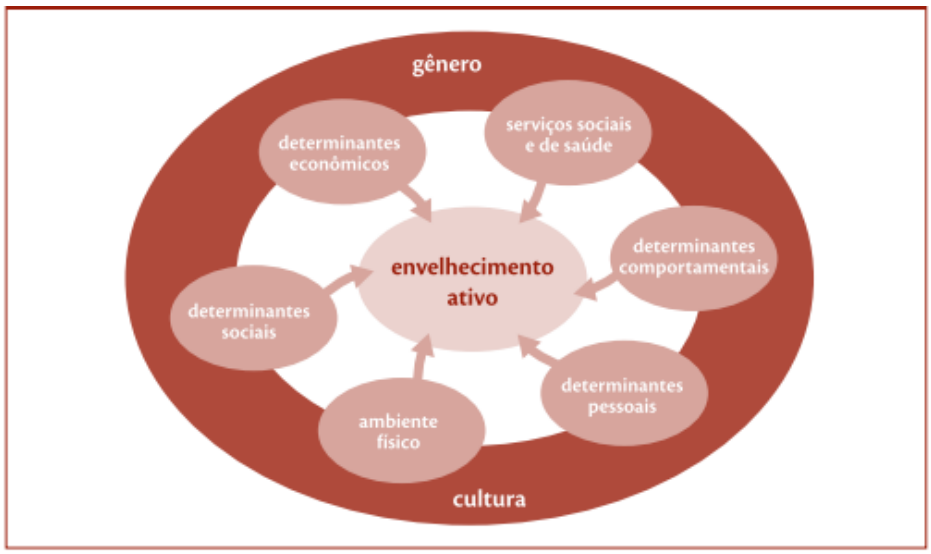
Diante da alusão de tais determinantes, completamos com o que Kalache (2015) diz:

> Curso de vida: a gente vai ser no final da vida, a somatória dos eventos, da forma como a gente viveu antes, então tem uns que vão envelhecer muito bem e outros que não vão envelhecer tão bem. E não é por você ter escolhido mal os teus pares, você vai envelhecer mal pelos hábitos, pelo estilo de vida, pelo comportamento e também pelos determinantes sociais. A gente muitas vezes culpa a pessoa que envelheceu

> mal como se fosse ela a culpada, quando muitas vezes ela é a vítima dos determinantes sociais, da pobreza, da miséria, do baixo nível educacional [...] tudo isso é fundamental, ainda mais em um país com tanta desigualdade.

A citação confirma a hipótese que não desconsideramos o quesito hábitos e estilo de vida em sua importância, no entanto, os determinantes sociais – que aqui tratamos como as *condições* de vida no modo de produção capitalista, ou seja, os condicionantes sociais – interferem diretamente no modo de envelhecer, especialmente dos velhos e velhas trabalhadoras que tiveram sua força de trabalho sugada durante todo o seu curso de vida.

Figura 5 - Os determinantes do envelhecimento ativo.



Fonte: OMS, 2005.

A figura 12 acima elucida bem os determinantes do envelhecimento ativo, mas o que não fica claro na política ou que não é retratado são todas as dimensões dentro de cada determinante. Por isso, acrescentamos às discussões, a caracterização de alguns aspectos que consideramos imprescindíveis para compreendermos melhor o E.A na atual conjuntura.

Determinantes econômicos: necessidades básicas e a segurança de renda; a categoria trabalho (precarização, alienação, formas alternativas de (sub) contratação; exército industrial de reserva; desemprego estrutural); crise do sistema e falência do Estado; capitalismo pérfido e mercantilização; sociedade do poder de consumo;

Determinantes sociais: a desigualdade e o pauperismo; a sociabilidade neoliberal; a racionalidade formal-abstrata; o Estado "MIX" (mínimo para o social e máximo para o capital); as multifacetas da expressão da questão social; a qualidade de vida.

Ambiente físico: função protetiva da família; condições habitacionais, de saneamento, alimentação, acessibilidade e urbanização. Muros invisíveis: de um lado o condomínio da pessoa idosa que possui sabedoria, do outro o velho mendigo decrépito da periferia.

Determinantes pessoais e comportamentais: alterações corporais onde sua imagem é negativa e atrai o medo da velhice, pois não estamos preparados para envelhecer e "velho é sempre o outro"; além disso, as relações interpessoais e as expectativas sociais também interferem na "aceitação" pessoal de cada velho (a). Dissociação de estilo de vida e atividade física, com condições objetivas materiais; culpabilização, gestão individual e meritocracia relacionada às atitudes "saudáveis".

Serviços Sociais e de Saúde: sucateamento e privatização dos serviços; corte de gastos sociais; desregulamentações que prejudicam a qualidade dos serviços; desresponsabilização estatal que compromete as ações e o funcionamento. Ações e intervenções por parte do próprio Serviço Social na contribuição da promoção do envelhecimento ativo.

A conjuntura gênero e cultura: envolto a esses dois elementos, poderíamos ter outro círculo denominado "capitalismo", pois ele representa como se dá as relações sociais neste modo de produção e reprodução.

Na questão de gênero podemos elencar: feminização da velhice (mulheres vivem mais, portanto sofrem em maior grau a marginalização, abandono, isolamento social e solidão), homens adoecem antes (expõem mais à risco, adoecem com o sentimento de inutilidade já que sempre lhes fora atribuído o mundo público e não se reconhecem no espaço privado), o tabu da sexualidade e outras tantas discussões necessárias.

A respeito da cultura, é importante salientar o patriarcado, a ideologia neoliberal; a indústria cultural retratada neste trabalho; a iatrogenia do sistema; a apologia da eterna juventude; os estigmas e pseudovalorizações.

A intersetorialidade e a transdiciplinariedade sinalizadas aparecem superficialmente e não propõem de fato uma ação neste sentido e não são analisadas como um dos fatores determinantes, que para nós são condicionantes sociais, que influenciam diretamente no envelhecimento ativo.

São fatores importantes, pois para uma velhice ativa, o sujeito, enquanto sujeito integral – retomamos aqui o princípio de integralidade disposto na LOS – não é só corpo ou mente, não é só sujeito da política de saúde ou assistência, é um sujeito histórico-social, integral, multi, inter e complexo.

Não podemos cair no reducionismo de que a velhice é uma questão de saúde, ora pois, é afirmar que ser velho é sinônimo de doença. Quando sabemos que a velhice possui sua heterogeneidade e multidimensionalidade.

Do contrário, como a própria Política de OMS (2005, p. 43) categoricamente afirma "[...] a terceira idade foi tradicionalmente associada à aposentadoria, doença e dependência", entretanto esta imagem ainda é disseminada. Desmistificá-la já começa pela alteração do termo terceira idade que possui denotação positiva, comparada a velhice "bem-sucedida".

Esclarecemos que intersetorialidade não é simplesmente se acionar duas redes ou mais (geralmente vista como a união da saúde e assistência social) – por mais que lutemos pelo sistema híbrido onde uma trabalhará diretamente e conjuntamente com a outra – trata-se de uma somatória de forças e criação correlata de fluxos e atribuições entre a seguridade social (saúde, assistência social e previdência), a educação, a cultura, o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e todas as demais instâncias e atores envolvidos neste processo que trabalha na direção da perspectiva de curso de vida de forma digna e emancipatória.

> Atingir o objetivo do envelhecimento ativo irá demandar ações em vários setores além dos serviços sociais e de saúde, incluindo educação, emprego e trabalho, segurança social e financeira, habitação, transporte, justiça e desenvolvimento rural e urbano. Embora esteja claro que o setor de saúde não é responsável diretamente pelas políticas de todos os outros setores, estas estão inseridas, em um sentido mais amplo, no âmbito da saúde pública, pois defendem os objetivos de melhorar a saúde através da ação intersetorial. (OMS, 2005, p. 46).

No documento em tela, refere-se em demasia à perspectiva do curso de vida, que volta ações pensando na primeira fase da vida e nas demais subsequentes, ou seja, com prevenção e cuidado e investimento com nossas crianças, teremos jovens e adultos ativo, logo, envelhecerão ativamente. No entanto, o que fica ofuscado é que para termos esta perspectiva materializada é preciso que se modifiquem as *condições de vida*.

No documento cita "[...] a criança de ontem é o adulto de hoje e o avô ou avó de amanhã." (OMS, 2005, p. 13). Não necessariamente avós, mas velhos amanhã provavelmente serão, e estabelecer esta linearidade no raciocínio leva à um cuidado e atenção voltado desde a base, a primeira fase da vida e por conseguinte nos leva a dimensão de integralidade do ser.

A perspectiva supracitada indica uma historicidade do ser social, ora, você é quem você já foi, o que você já fez e como você viveu. Porém não sob o viés culpabilizatório de estilo de vida, e sim de como você escreveu sua história e sob quais condições ou falta delas, o sujeito conseguiu traçar.

Compreende-se então o envelhecimento como um processo dinâmico, heterogêneo, multimendional e multidirecional que ocorre em uma realidade de múltiplas dimensões para além do biológico.

Na teoria e concepção de Paul Bates (1987 apud DUQUE; SILVA, 2013, p. 58), enfatiza-se as influências normativas ontogenéticas, sendo os eventos que acontecem de forma semelhante entre os sujeitos, como no caso da infância, adolescência, menopausa, entre outros fatos comuns, que no caso do Serviço Social chamaríamos de Singularidade.

As influências normativas históricas, as quais compreendem questões macroestruturais que originam mudanças biossociais, tais como a aposentadoria, crises econômicas, novas descobertas tecnológicas, que podemos aferir à Universalidade.

E também, as influências não normativas, que podem apresentar caráter biológico ou social e são inesperados, como doença grave, morte de algum familiar, acidente de carro, algo mais relacionado à vivência particular do sujeito que atribuímos como Particularidade.

> Outro aspecto da teoria do desenvolvimento no curso de vida e a utilização dos termos multidimensionalidade e multidirecionalidade, os quais estão entre os principais conceitos utilizados pelos estudiosos do curso de vida para descrever facetas da pluralidade no curso do desenvolvimento e promover um conceito de desenvolvimento que não esteja vinculado por um critério único de crescimento (BALTES, 1987). O sujeito será continuamente solicitado a buscar equilíbrio entre limitações e potencialidades. (DUQUE; SILVA, 2013, p. 312).

O documento referido, explica sobre 07 desafios pertinentes ao processo de envelhecimento, categorizados como sendo: a carga dupla da doença; o maior risco de deficiência; provisão de cuidado para populações em processo de envelhecimento; a feminização do envelhecimento; ética e iniquidades; a economia de uma população em processo de envelhecimento, e por fim, a criação de um novo paradigma.

Interessante destacar no 3º desafio – a provisão de cuidados – que o próprio documento registra o desafio que "[...] em muitas regiões, a redução do apoio público para atenção primária em saúde levou a maior pressão para as pessoas mais velhas e suas famílias, em termos financeiros e de relação entre as gerações." (OMS, 2005, p. 38).

Há o reconhecimento da ausência de investimentos por parte do Estado (mesmo que não o cite diretamente) e que sem políticas públicas na porta de entrada da saúde, a Atenção Primária, causam rebatimentos nas formas de cuidado com a pessoa idosa, na sobrecarga e dinâmica familiar, bem como nas relações sociais e na segurança de renda e manutenção.

Outro avanço a se ponderar refere-se à menção "O cuidado domiciliar e os serviços comunitários para ajudar os cuidadores precisam estar disponíveis para *todos*, e não apenas

para aqueles que conhecem esses serviços ou podem pagar por eles." (OMS, 2005, p. 38, grifo nosso), retomamos aqui nossa defesa à universalidade dos direitos como um grande desafio a se problematizar.

No 7º desafio, a contradição da política social está explicitada em palavras funcionais à "ordem" e cujo funcionalismo está em ajustar a questão como fora de seu quadrante positivista, em que, o que não está no lugar e na função adequada [ao sistema], simplesmente é denominado como "problema".

> Mais recentemente, a lacuna entre ricos e pobres e as injustiças subseqüentes com relação à saúde vêm crescendo em países de todos os continentes (Lynch e cols., 2000). A não abordagem desse *problema* vai gerar sérias conseqüências para a economia global e para a *ordem social*, bem como para sociedades individualmente e as populações de todas as idades. (OMS, 2005, p.42, grifo nosso).

O trecho revela que ao mesmo tempo em que se reconhece as disparidades entre as classes, refere-se a esta como um problema de ordem social, de *ordem e progresso,* e não a necessidade da luta de classes e de outro projeto societário que vise a equidade.

Paradoxalmente este mesmo 7º desafio abarca questões pertinentes ao tratar da criação de um novo paradigma e enfatizar mudanças como percebermos a pessoa idosa "[...] como participantes ativos de uma sociedade com integração de idade, contribuintes ativos, e beneficiários do desenvolvimento" (OMS, 2005, p. 44).

Inclui-se também o chamado ao plano midiático na ruptura de estigmas ao propor que "os próprios idosos e a mídia devem liderar a criação de uma imagem nova e mais positiva da terceira idade", mas em crítica, que a intenção da imagem positiva não esteja vinculada à pseudovalorizações que superdimensionam e radicalizam esta etapa da vida ou só como flores ou quando a coloca sob o patamar do puramente espinhoso.

Ainda no que concerne a mudança de paradigma a política mais uma vez se direciona a consolidar a intergeracionalidade ao explanar "[...] educar os jovens sobre o envelhecimento e cuidar da manutenção dos direitos das pessoas mais velhas irão ajudar a reduzir e eliminar a discriminação e o abuso" (OMS, 2005, p. 44).

Outro dado relevante é que o documento descreve 19 vezes a palavra "oportunidade" contra 08 de "condições". Novamente, assinalamos que quantidade não significa qualidade, mas "oportunidade", segundo os dicionários, remete a qualidade de oportuno; um conjunto de conveniência. Então será oportuno e conveniente a quem o envelhecer ativamente?

Portanto, deixamos inequívoco nossa análise de que a palavra que mais engloba uma perspectiva de totalidade seria "condições", uma vez que se refere à circunstâncias de que

dependem as pessoas ou as coisas; um estado favorável ou desfavorável. Relativo à posição social: desigualdade de condições.

Pode parecer uma questão puramente de palavras, mas como diz Martinelli[53] (2016), "[...] a linguagem é uma das formas mais antigas de manifestação [...] importantíssima em nossa atuação [...] a palavra é mediação fundamental para os assistentes sociais" e também para a leitura crítica das políticas sociais, enquanto profissional inserido nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, nos processos de elaboração, formulação, execução e avaliação de políticas sociais.

No desfecho, o item "A resposta desta política de saúde", narra sobre a ação intersetorial; os três pilares: saúde, participação e segurança; a presença da OMS e a conclusão.

De modo geral, acerca do tripé estabelecido pela política, reitera a questão da saúde como um dos seus eixos centrais, contudo, ainda restrito a saúde puramente sólida, ou seja, estado corpo e mente ou ausência de doença e não nivela o debate a um plano relacional, estrutural, fatorial e social como apontamos ser de extrema importância.

Cita breves tópicos: prevenir e reduzir deficiências e fatores de risco; tratamentos eficazes; atividades físicas e saúde mental; barreiras físicas; ambientes seguros e apropriados; nutrição adequada; medicação e iatrogênese; aprendizagem permanente; cuidadores formais e informais, qualidade de vida; apoio social; redução da pobreza e geração de renda.

Segurança e participação possuem uma relação orgânica, organizada pelo documento como pilares que sustentam o tripé preconizado pela política de "envelhecimento ativo", mas por ele analisadas separadamente, sendo que comportam um papel fundamental de sustentáculo desta política.

São os pilares dispostos nas extremidades, mas que juntos, (ressaltamos juntos), concomitantemente sustentam o envelhecimento ativo como um todo. Essa junção onde um está para o outro, assim como o outro está para um, vislumbra sua inter-relação e interligação, pois participação sem segurança é uma participação ilusória, enfraquecida e desprotegida, do contrário também, uma vez que a segurança sem participação se torna arbitrária, tirânica, manipulada e de coação.

Embora o documento não explicite tal correlação, afirma pontos essenciais para compreender a importância da "[...] participação integral em atividades socioeconômicas,

[53] Notas da palestra da Profa. Dra. Maria Lúcia Martinelli no V Congresso Internacional de Serviço Social, 20ª Semana de Serviço Social e II Seminário Internacional do Programa de Pós-Graduação, em maio de 2016 na Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Campus de Franca/SP.

culturais e espirituais, conforme seus direitos humanos fundamentais, capacidades, necessidades e preferências [...].” (OMS, 2005, p. 46).

Ademais, com relação à segurança o documento indica “quando as políticas e os programas abordam as necessidades e os direitos dos idosos à segurança social, física e financeira, ficam asseguradas a proteção, dignidade e assistência aos mais velhos que não podem mais se sustentar e proteger”,

Assim, ressaltamos a importância em se criar estratégias para a velha classe trabalhadora, sobretudo para os velhos e velhas vulneráveis, marginalizados e sobrantes que não dispõem de proteção integral, o que exige ações específicas direcionados a este público. No entanto, consideramos que o pilar segurança se aplica a toda e qualquer pessoa idosa.

Neste sentido, na medida em que se tem a garantia de um acesso à saúde em sua concepção ampliada, se tem uma população ativamente bem, para então, com o pilar da segurança também provido, possa, por conseguinte, compor o pilar da participação no seu sentido real: a participação partícipe.

Não enquanto números no quesito sufrágio, mas sim enquanto sujeitos de direitos, com acúmulo de vivência, experiência, conquistas e que muito tem a contribuir participando de modo “ativo” – também em sua concepção ampla, traçada neste trabalho – em todas as instâncias civis, políticas e sociais. E para além dos muros externos, no que se refere a sua participação interna, enquanto ator de escolhas, protagonista de sua vida, e, que havendo fôlego, desejos e *condições* continuarão escrevendo os triunfos e desafios da velhice com o registro de sua própria história.

Também não podemos deixar de abordar uma análise, mesmo que geral – uma vez que não era o nosso objeto de estudo e por seu recentíssimo lançamento em maio de 2016 – o documento “Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade”, compilado pelo Centro Internacional de Longevidade – ILC Brasil[54] organizado em 2015.

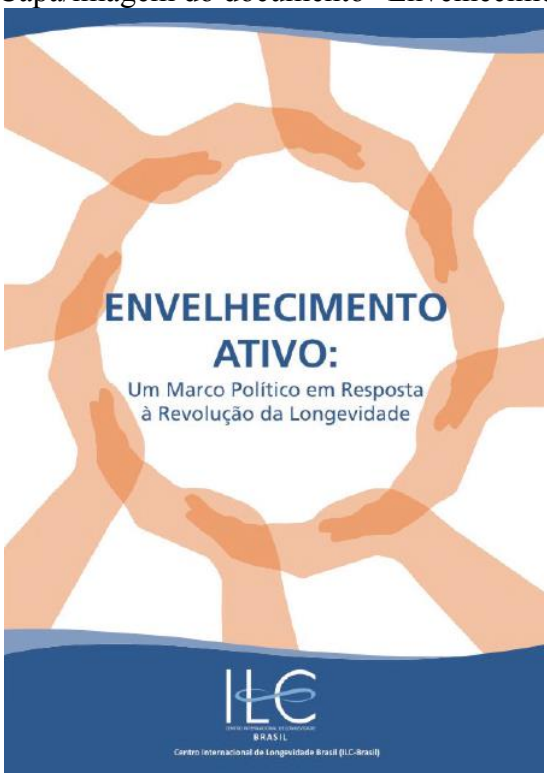
Documento este que vem renovar a concepção de envelhecimento ativo numa concepção que aproximaria da chamada ampliada, que nos faz sentir que os estudos sobre o envelhecimento estão obtendo resultados e muitos triunfos. Faz-nos inebriar de contentamento saber que durante o nosso percurso de pesquisa, enquanto realizávamos toda uma análise crítica, havia pessoas trabalhando em cima de melhorias, de avanços e puderam propiciar um

[54] País membro da *Global Alliance of Internacional Longevity Centres* – Aliança Global de Centros Internacionais de Longevidade – ILC-GA junto com a ONU e outros 17 países. No Brasil o atual presidente da ILC é o Dr. Alexandre Kalache.

grande salto nesta área que necessitaria de uma outra dissertação para discorrer com maior profundidade.

Podemos perceber a revolução logo em primeira instância, se comparado à política anterior, na capa/imagem (Figura 13) que foi utilizada no documento, como apresentamos a seguir.

Figura 6 – Capa/imagem do documento "Envelhecimento Ativo".



Fonte: ILC- Brasil, 2015.

A começar pelo prefácio do documento já se espera uma nova visão acerca da política de E.A, especialmente por irromper com a comparação tão engessada no documento anterior – da qual embasamos a maior parte de nossas críticas direcionadas contra o puro aspecto fisiológico e de estilo de vida –, assim o presidente da ILC-Brasil faz o preâmbulo do documento.

Neste preâmbulo aponta-se a necessidade uma nova abordagem da questão, em se adotar "[...] uma visão que garantisse às pessoas idosas uma participação continuada em questões sociais, econômicas, espirituais, culturais e cívicas e não simplesmente a atividade física." (ILC-BRASIL, 2015, p. 9).

Como o próprio documento sinaliza, realizou-se uma revisão do Envelhecimento Ativo até mesmo no termo "ativo", que tanto propomos uma concepção ampliada. Não identificamos a concepção ampliada de que defendemos, porém já abrange de forma mais

ampla novos aspectos, abandonando termos valorativos de pseudovalorizações como envelhecimento “saudável”, “bem-sucedido”, “produtivo”.

O que descreveu Kalache (apud ILC, 2015, p. 10) no documento e que faz total sentido para nossa pesquisa e na breve análise deste marco histórico é que “O Envelhecimento Ativo, tanto como conceito quanto como ferramenta, evoluiu e continuará a evoluir no contexto das mudanças do cenário político e social.”

> A publicação de título original Active Ageing: A Policy Framework, que na tradução para português foi denominada Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde (1), produzida em 2002, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), se destaca por ser um marco político internacional. A concepção desse “Marco Político do Envelhecimento Ativo” foi uma contribuição à segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, abrangente e inovadora, que inspirou e norteou o desenvolvimento de políticas públicas em todos os âmbitos governamentais: estadual, nacional e regional. (ILC-BRASIL, 2015, p. 13).

Após mais de 15 anos temos quase a “maioridade” do envelhecimento ativo, com discussões mais amadurecidas e que insere novas interpelações, algumas mais aprofundadas e outras menos, tanto que a acrescenta mais um pilar ao Envelhecimento Ativo (Figura 14):

Figura 7 - Os pilares do Envelhecimento Ativo.

Fonte: ILC-Brasil (2015, p. 85).

O Marco Político subdivide-se em três seções, sendo que na I temos a “Revolução da longevidade” que discorre sobre a demografia, a feminização, urbanização, mas não a heterogeneidade, embora trabalhe com o tópico “diferenças regionais”, que ainda sim não explora a velhice heterogênea como um todo.

A expectativa que temos acerca das diferenças regionais seria explorar a territorialização brasileira com suas especificidades regionais, porém o que se pincela, são dados das regiões do mundo, das diferenças do envelhecer entre países menos desenvolvidos e países desenvolvidos, o que poderia ser contemplado no eixo demografia que levanta informações em um contexto macrossocial.

O documento assinala que "[...] na Inglaterra, por exemplo, pessoas que moram nos bairros mais ricos têm em média mais sete anos de vida do que as pessoas que moram nos bairros mais pobres" (ILC- BRASIL, 2015, p. 19), dados de extrema relevância, entretanto questionamos onde estão os dados no âmbito do Brasil.

Quais as diferenças entre a população idosa que se encontra nas favelas, periferias e subúrbios, da velhice que vemos nos condomínios da classe dominante?

O interessante é que temos, mesmo que incipiente, uma análise societária, uma crítica sutil ao sistema vigente esboçada no pedido por um novo projeto na frase:

> Revolução é o colapso da ordem social em favor de um novo sistema [...]. A mudança de paradigma acerca da revolução da longevidade nos força a abandonar as noções existentes de velhice e de aposentadoria. Essa construção social é simplesmente insustentável diante do incremento de 30 anos de vida. (ILC-BRASIL, 2015, p. 11).

Contudo, o que o documento atribui de revolução da longevidade está distante do que acreditamos ser a revolução que rompa com as amarras do capital, na verdade, não se problematiza a luta de classes, a transformação societária. O que o documento propõe é apenas a mudança de paradigma somente em relação à longevidade.

Sabemos, pois, que esta revolução apenas se materializará quando todos os pontos fundamentais que sustentam a égide do capital neoliberal se dissipem completamente em outro projeto societário justo e digno.

Em contrapartida, a revolução indicada pelo documento admite-se as relações de trabalho, de hierarquia social, práticas econômicas e a pseudoconcreticidade cotidiana permanecem a mesma, portanto com a transformação radical apenas da longevidade exclui-se totalmente a possibilidade de uma revolução.

Esta intenção do "Marco Político" sintetiza-se claramente no seguinte texto:

> O Marco Político foi projetado tanto para indivíduos quanto para grupos populacionais. A intenção era possibilitar que as pessoas realizassem *seu potencial de bem-estar físico, social e mental* ao longo de toda vida e que participassem na sociedade de acordo com suas *necessidades, desejos e capacidades* - ao mesmo

> tempo, lhes fornecendo proteção, segurança e cuidado adequados quando necessário. (ILC-BRASIL, 2015, p. 13, grifo nosso).

Nisto podemos aferir que ainda não há uma discussão no plano das *condições* de vida, nas condições condicionadas pelo modo de produção e reprodução do capital que faz ditames cotidianos na vida do segmento idoso. Como se as *necessidades, desejos e capacidades* fossem iguais para todas as classes sociais.

Questões como pobreza, negligência e abuso, e mesmo a questão da sexualidade, já não estão tão veladas neste documento que se preocupa em elencar tal realidade, juntamente com "uma longa lista de riscos que não podem ser considerados de maneira isolada", e a partir do momento em que se analisam vários aspectos de forma conjunta, sem ser funcional, existencial ou positivista, aproxima-se da perspectiva de totalidade.

Nesta releitura continua-se a considerar a perspectiva de curso de vida, porém sem agregar de fato a perspectiva da totalidade para uma análise integral, imparcial e total do ser social em seus diversos âmbitos, que explanasse sob o tecido do capital, das metamorfoses do mundo do trabalho e da consciência sanitária como um projeto paralelo ao novo projeto societário.

A categoria urbanização, ausente na política anterior, nesta foi considerada e como vimos no tópico 2.1.4 presente no Capítulo 3, soma-se a urbanização, a questão das modificações na cidade que impulsionam melhorias, mas em contrapartida são também destrutivas, segregatórias e excludentes à mando do ideário neoliberal.

Aspectos importantíssimos são levados em conta como: a poluição atmosférica e as mudanças climáticas que causam rebatimentos no modo de vida e de envelhecer, pois a população idosa no avançar da idade fica mais suscetível e vulnerável; a infraestrutura despreparada para acolher uma velhice exponencial somado ao saneamento inadequado e condições precárias de habitabilidade.

Acesso insuficiente aos serviços; transições epidemiológicas; aumento de doenças infecciosas; lesão, crime e exclusão; pobreza e desigualdade (antes irrisoriamente mencionada); isolamento social; migração; mobilidade, acessibilidade e participação; tecnologia e facilidades; globalização e ameaças.

> O lugar onde as pessoas moram influencia profundamente a mobilidade, a participação, o apoio social e o bem-estar. A distribuição de idade da população afeta sobremaneira o planejamento comunitário e urbanístico, os recursos, a produtividade e os serviços. Harmonizar o "envelhecimento" e o "lugar" cria oportunidades, mas ignorar a demografia no planejamento urbano cria barreiras e acentua riscos. (ILC-BRASIL, 2015, p. 20).

Na seção II “Repensando o curso de vida” faz uma breve abordagem histórica, que poderia ser melhor adensada, mesmo porquê se mostra ausente a visibilidade da luta de classes em torno das conquistas descritas.

Menciona sobre o início de um sistema previdenciário através de Bismarck e ao longo do texto trabalha as fases do curso de vida e as modificações cotidianas que traz implicações no modo de envelhecer da população. Para tal esboça concepções como flexibilidade e resiliência.

Discordamos do documento, principalmente quando o mesmo aborda conceitos como “Flexibilidade e resiliência” para o envelhecimento ativo, especialmente por estes termos significarem a contrarreforma estatal, retomarem a reprivatização da gestão individual da velhice como contrarreforma estatal, além disso, dão abertura para a estigmatização do pensamento pós-moderno se legitimar.

Tanto que, genericamente, são conceitos que se referem à capacidade de aceitar, perceber, assumir, adaptar. Conceitos opostos ao que acreditamos ser possíveis para o envelhecimento ativo numa concepção ampliada vivendo nesta sociedade, pois não é a classe-que-vive(u)-do-trabalho que precisa moldar-se ou ser resiliente a tais políticas, pelo contrário, tais políticas devem ser pensadas nas reais necessidade da classe trabalhadora.

Por outro lado, demos um passo adiante quando se comenta no documento a importância de estabelecermos um novo papel e novas imagens com relação aos idosos e idosas, redefinindo conceitos e desconstruindo estereótipos.

Contudo este passo adiante se recua quando o documento cunha a expressão “gerontolescentes”[55], que analisamos ser totalmente estereotipada, logo, pseudovalorizada ao superdimensionar esta fase da vida como a melhor fase e ainda a comparando à juventude.

Pois relaciona à velhice a uma transição de fase comum, assim como na adolescência, acaba remetendo a questão do envelhecimento em comparativo com a juventude, em aproximação com a mesma, ou seja, na negação da velhice.

Outra face importante e antes esquecida foi sobre as novas configurações ou rearranjos familiares que repercutem processo de envelhecimento e na fase da velhice, por conseguinte, trazendo a necessidade da discussão sobre qualidade de vida, distante do que foi categorizado neste trabalho no tópico 1.2.4, mas que avança em algumas discussões.

---

[55] O termo também remete aos idosos da geração *baby boom* que incorpora em sua vivência atitudes diferentes que causarão em uma forma diferente de viver a velhice. Uma geração que fez parte de movimentos sociais e reivindicou por causas especificas. O Dr. Alexandre Kalache, elucida sobre o termo e faz uso do mesmo.

Na seção III “Envelhecimento Ativo – promovendo a resiliência ao longo do curso de vida”, retoma-se o conceito de E.A pela OMS, e acrescenta-se o pilar aprendizagem ao longo da vida (Figura 14). Assevera-se que “Quanto mais cedo se começa a otimizar as oportunidade de saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança, maior a chance de desfrutar uma velhice com qualidade de vida.” (ILC-BRASIL, 2015, p. 43).

Em análise crítica podemos versar sobre a incompletude deste pensamento e parafrasear que, para desfrutarmos de uma velhice com qualidade de vida, ao longo do curso de vida, serão necessárias *condições* de saúde humanizada, plena e universal que não seja sucateada e privatizada por este sistema; aprendizagem libertadora, dialógica e reflexiva; participação *partícipe* e segurança com proteção integral com dignidade em todos os âmbitos da vida social, política, econômica e cultural.

Este pilar, a nosso ver, é totalmente desnecessário e não contempla as problematizações, as quais foram elencadas anteriormente como relevantes. Deste modo, se nem os pilares anteriores estão sendo visualizados em sua totalidade, em sua relação orgânica e lhes são atribuídos fatores determinantes em um determinismo superficial, isto se reforçará mais ainda se houver outro pilar para retirar o foco.

Nesta releitura também foram destacadas ações políticas multissetorais pertinentes, que vale ressaltar sobre o envelhecimento ativo preconizado: não se restringe à atividade física; se aplica a todas as idades; promoção da autonomia e independência; a solidariedade intergeracional; a abordagem baseada em direitos, todavia este último desconsidera as *necessidades*, dessa forma continua caminhando distante do princípio de isonomia, por fim, a ruptura da culpabilização dos sujeitos pelo seu envelhecimento.

Paradoxalmente a releitura faz uma compreensão estendida – e não ampliada – do envelhecimento ativo, mas em determinadas análises retoma clichês ou questões ultrapassadas, funcionais e descontextualizadas.

Frisa sua preocupação com assuntos como o sedentarismo, obesidade e hipernutrição, porém, numa noção de integralidade, a discussão antecede a esta, pois como discutir estes dados se o que a maior parcela da população vivencia é a desnutrição, a alimentação inadequada e a falta de condições para uma vida saudável?

Para o ILC-Brasil (2015, p. 46, grifo nosso), “[...] indivíduos que crescem pobres, subnutridos ou em bairros desfavorecidos e violentos, com poucas *oportunidades* educacionais, não alcançarão a *capacidade funcional ótima*”, para além de capacidade funcional, nosso debate está além, está em como se alcança uma emancipação política e

humana. Como munir a classe-que-vive(u)-do-trabalho com *capacidade ativa, saudável, partícipe e de proteção com dignidade*?

Na seção IV do marco político denomina-se "Determinantes do envelhecimento ativo – caminhos para a resiliência", retoma-se a figura 12 que ilustra tais determinantes.

> Todos os fatores determinantes interagem de formam uma rede dinâmica de condições de proteção que podem tanto favorecer o desenvolvimento de reservas para respostas resilientes, quanto criar riscos que impeçam o desenvolvimento dessas reservas ou as destruam completamente. Resumidamente, o Envelhecimento Ativo é a interação dinâmica, que ocorre durante toda a vida, entre risco e proteção na pessoa e no ambiente. (ILC-BRASIL, 2015, p. 52).

De modo geral, os determinantes abarcaram um prisma diferente no trato de cada um deles estendendo sua análise de forma mais crítica e com elementos de realidade, embora aquém da realidade vivenciada, especialmente a nível local.

Ponderamos aqui, a possibilidade de inclusão do determinante das políticas sociais na análise da política de envelhecimento ativo, uma vez que a partir delas outras políticas e ações poderão ser materializadas. Além do mais, é um fator que contribui e paradoxalmente impede avanços, tendo em vista a discussão realizada neste trabalho, sobre a questão das políticas serem residuais, fragmentadas, de controle, pontuais, embora também sejam instrumentos de trabalho e possibilidades de transformações moleculares.

> As políticas públicas são, portanto, um dos pilares importantes na constituição do bem-estar da população idosa. A renda do idoso, em que os benefícios da previdência são responsáveis por uma parcela expressiva, tem se constituído cada vez mais em um componente importante da renda das famílias brasileiras. Isso se deve, principalmente, à universalização da Seguridade Social, à expansão da cobertura dos serviços de saúde e ao avanço da tecnologia médica. A melhoria das condições de saúde tem permitido que o idoso possa trabalhar até idades mais avançadas e a renda do trabalho tem se constituído, também, em uma parcela importante da sua renda. (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 16).

A cultura é entendida como fator que influencia no envelhecimento e velhice, mas também enquanto mecanismo de enfrentamento de antigas posturas adotadas e faz alusão às características dualizadas e disseminadas nas sociedades, bem como, a disseminação da negação da velhice, que como vimos, ocorre na pseudoconcreticidade especialmente através da indústria cultural.

A questão de gênero continua permeando a discussão, mas agora de modo mais fundamentado e com relevantes elementos de reflexão tanto da condição feminina, quanto da masculina no que concernem as desvantagens e heterogeneidade.

> De acordo com a ONU, as mulheres vivem 4,5 anos mais do que os homens em todo o mundo [...] A transição para a aposentadoria pode ser mais difícil para os homens, uma vez que a identidade do homem pode depender mais da sua ocupação e os relacionamentos fora da família podem ser principalmente relacionados ao trabalho [...] Os homens em geral mostram mais resistência em participar de organizações e atividades voltadas para os idosos [...] costumam cultivar menos as relações sociais com familiares e amigos, tendendo a delegar ao cônjuge esse papel. (ILC-BRASIL, 2015, p. 56-57).

Com relação aos determinantes comportamentais, são fatores que não se diferem do documento anterior, mas restritivo à capacidade funcional, porém reconhece que mesmo tais comportamentos direcionarem-se de uma forma individual, são fortemente influenciados por fatores determinantes legais, físicos, sociais e econômicos, cujo acresceríamos, culturais também. Elege-se neste item sobre o tabaco; alimentação; atividade física; sono e sexo; autocuidado e educação.

Em seguida, nos fatores determinantes pessoais abordam aspectos da biologia e genética; capacidade cognitiva; fatores psicológicos; por fim, sobre orientação sexual e identidade, item bastante inovador que avança em muitas discussões.

Reiteramos que todos estes âmbitos são imprescindíveis para se considerar um envelhecimento ativo na perspectiva de totalidade e na concepção ampliada de *ativo*. Representam consideráveis avanços, sobretudo pela aproximação com os determinantes de realidade, os condicionantes, as *condições* reais.

Todavia, possuem como desafio contextualizá-los sob determinada ordem societária que modifica as relações do homem e da mulher com o mundo, com o valor central do trabalho e com a sua capacidade histórica, criativa e deveras *ativa.*

O "Marco" político avança ao dizer que não deseja alcançar receitas com atividades físicas para um envelhecimento ativo, porém, contraditoriamente, no decorrer da explanação afirma "O exercício é uma das ações mais importantes para promover o Envelhecimento Ativo." (ILC-BRASIL, 2015, p. 64).

Isto posto, reforça cada vez mais a necessidade de rompermos com esta visão de que este ativo não deve estar associado ao sentido puramente físico, sem desconsiderar a importância deste elemento, que nem chega a ser um dos determinantes citados pelo documento, no entanto presente em diversas análises, o que obstrui trabalharmos a universalidade em questão com o enfoque particularidade-individualista.

No determinante meio ambiente, faz-se correlação com os espaços públicos; planejamento urbano; transporte; moradia; desastres naturais e aqueles ocasionados pela ação

humana, mas não citados como embate do capital x trabalho, ou das ações da classe dominante ou da mais-valia privatizante aliada à desresponsabilização estatal.

No que diz respeito aos determinantes sociais, o documento trata brevemente sobre a educação; apoio social; exclusão social; isolamento social e solidão; violência e abuso, e por fim, o voluntariado.

> O abuso ao idoso é uma ação isolada ou repetida, ou a inação quando a ação é necessária, que ocorre em qualquer relação em que haja expectativa de confiança, causando prejuízo ou sofrimento ao idoso. Há várias formas de abuso: físico, psicológico, emocional, sexual, financeiro ou, simplesmente, a negligência, seja ela intencional ou não intencional. (ILC-BRASIL, 2015, p. 67).

Neste determinante, são apontados eixos de grande relevância que até então, na política de 2005 não são retratados, a título de exemplo, a questão da violência e abuso contra a pessoa idosa.

Violência aguda e acirrada com as metamorfoses de uma frente neoliberal que induz a uma família cada vez mais distante de seus membros e da função protetiva, para em contrapartida, ficarem mais disponíveis e próximos da investida do capital.

Uma família maiormente individualizada, onde o ter significa muito mais que o ser, coagidos por um estado do consumo e consumidos por ilusões do capital. Introduzidos em um sistema excludente que deixa implícito e até mesmo explícito que é oneroso cuidar dos "desvalidos" da massa "improdutiva".

Assim, o apoio social fica mais e mais restrito e polarizado, ora em abandono, ora em sobrecarga familiar. A realidade sob o jugo do capital fica mais e mais extremista, ora em cuidados demasiados pela família (como se fosse a única protetora responsável e culpada, eximindo-se principalmente o Estado), ora como a agressora que responderá a tal sobrecarga com violência múltipla (física, psicológica, patrimonial, entre outras), tendo em vista que sofre com as violações ocasionados pelo sistema desabonador e extremamente maquiavélico.

No seio destas mesmas famílias esgotadas e "desrespaldadas" reside o isolamento social, outro fator impeditivo para o alcance do "envelhecer ativo", preconizado política, no entanto em nenhum momento esta mesma política menciona a omissão do Estado.

O isolamento social impede o contato social e dificulta o convívio familiar e comunitário o que prejudica o envelhecer ativamente, por conseguinte, agravando todos os demais determinantes que influenciam diretamente no processo de envelhecimento e velhice de forma negativa para o sujeito, sob os ditames do sistema capitalista de ser.

O documento, relativo à crítica que realizamos em tela, cita muito superficialmente um leve exame com relação ao cotidiano da ordem dominante, "[...] com base na definição estabelecida de abuso, a negligência por parte dos tomadores de decisões - cuja posição pressupõe a confiança pública - constitui em si uma forma de abuso" (ILC-BRASIL, 2015, p. 68), o que prova que essa é apenas uma das questões tão rasas que não abrangem a complexidade e profundidade precisa para as discussões acerca da realidade vivenciada.

Quanto aos determinantes econômicos, a análise sobre a renda, evolui para a condição socioeconômica. Destacam-se as condições também de trabalho e acrescenta-se sobre as pensões e transferências de renda.

O marco político evidencia as discrepâncias de renda, mas não afunila nas desigualdades, uma vez que tais diferenças são aludidas enquanto fator que influi diretamente nas condições de vida, porém sem a análise conjuntural e contextual que exige estar circunscrita no dado modo de sociabilidade capitalista pós-moderna.

> A renda determina as opções das pessoas em relação a moradia, alimentação, educação, saúde e assim por diante [...]Os efeitos negativos da baixa renda persistem ao longo da vida adulta e se refletem em uma maior prevalência de doenças crônicas, limitações funcionais, sofrimento psicológico e taxas de mortalidade mais altas. (ILC-BRASIL, 2015, p. 69).

No excerto "[...] as condições de trabalho contribuem para o bem-estar [...]" (ILC-BRASIL, p. 70), converteríamos para "a falta de condições dignas de trabalho – atualmente alienadas e intensificadas por diversas formas de exploração – contribuem apenas para o pauperismo, subalternidade e dominação, acima de tudo, interfere substancialmente no modo de envelhecer da classe-que-vive(u)-do-trabalho.

A centralidade do trabalho é alterada pelo emprego como uma questão central. Como centralizar no emprego, uma vez que são tempos de desemprego estrutural, de crise, de guerras civis e ideológicas? Mas se não há uma discussão de classes, também não temos uma profícua consideração no eixo que trata sobre os serviços sociais e de saúde.

A "Revolução da Longevidade" se insere na saúde, especialmente se pensarmos na proposta de promoção, prevenção, recuperação e tratamento como é exposto, contudo, faz-se de suma importância a discussão sobre qual sistema de saúde estamos falando, bem como, a preocupação com este sistema muitas vezes deficitário, ineficiente e ineficaz.

O debate se faz a uma instância superior da discussão de doenças e deficiências (entre outros títulos de debate presentes no documento elencados neste item), antecede esta preocupação que também é relevante, mas se deixarmos a política emergencial e defasada da

saúde para segundo plano, nunca avançaremos ao *ativo*, talvez continue prosseguindo o envelhecimento, mas não o ativo na concepção ampliada que defendemos.

Nesta mesma parte da releitura da política de envelhecimento ativo, identificamos avanços significativos nos títulos "um continuum de serviços de saúde" e "promoção da saúde", no qual se esboça a necessidade de profissionais capacitados e qualificados continuamente e que a mudança de paradigma da saúde, deve se iniciar logo no cuidado primário, na medida em que a promoção da saúde se inicia da Atenção Básica.

Portanto, o documento lembra e frisa a importância da atuação na Atenção Primária à Saúde – APS, pois "[...] o cuidado primário é normalmente a porta de entrada para outros serviços necessários - o centro de planejamento e coordenação do cuidado que leva em consideração as necessidades da pessoa como um todo e respeita suas metas e valores." (ILC-BRASIL, 2015, p. 76).

> Apesar de a promoção da saúde dar poder de decisão aos indivíduos, também atribui uma responsabilidade vital ao setor público de criar as condições e os serviços necessários à saúde. A promoção da saúde é uma atribuição partilhada que envolve a família, a escola, o local de trabalho, a comunidade e os serviços de saúde, com o apoio das políticas governamentais em todos os níveis. A integração de uma perspectiva de saúde em todas as áreas políticas - desde a agricultura até o urbanismo - faz parte da promoção da saúde. (ILC-BRASIL, 2015, p. 75).

A promoção da saúde, uma vez apontada como responsabilidade partilhada, começa a romper com a gestão da velhice sob o prisma de reprivatização, envolvendo assim os diversos atores que influenciam e contribuem para o processo de envelhecimento e velhice. Interessante também a interlocução os outros âmbitos e políticas, configurando o envelhecimento ativo como uma questão intersetorial e múltipla.

Assim, vale ressaltar, que embora mesmo com a releitura da política de envelhecimento ativo ainda esteja presente entrave e desafios – comum ao espaço e ordem em que está inserida – avança em muitas questões a qual havíamos destacados na crítica ao primeiro documento.

O olhar para o envelhecimento ativo começa expandir-se numa concepção próxima ao que propomos e caminha em direção de mudanças de paradigmas até então muito engessados e muitas vezes velados.

O pilar da saúde, ainda está muito nivelado a um patamar de conforto, de inconformismo estático e precisa ser revisto. O interessante foi o acréscimo ao outro pilar "aprendizado ao longo da vida", que apesar de estar moldado de "boas intenções" não seria eleito por este estudo.

Acordamos que "Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à Revolução da Longevidade", mesmo com suas limitações, pode sim ser considerado um marco político em direção ao novo olhar para o envelhecimento ativo que muito avançou, entretanto deve continuar avançando e redirecionando reflexões, mesmo porque muitos são os desafios analisados, como podemos comparar na tabela a seguir:

Tabela 2 – Tabela comparativa entre os documentos analisados sobre a promoção do envelhecimento ativo

Envelhecimento Ativo: uma política de saúde (2005)	Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à Revolução da Longevidade (2016)
MUDANÇAS DOC 1 • Pensar nos cuidados com os cuidadores; • Discussão da questão de gênero; • Propõe um novo paradigma embora não alcance (romper imagem negativa); • Intergeracionalidade; • Perspectiva de curso de vida; • Iatrogenia médica;	**MUDANÇAS DOC 2** • Imagens e revisões; • Preâmbulo nova abordagem; • Reduz termos valorativos e pseudo.; • Análise societária mesmo que incipiente (pobreza, negligência, violência); • Debate novos arranjos familiares; • Inclui ações multisetoriais; • Fatores Determinantes melhor problematizados; • Mudança paradigma saúde; • Inclui APS; • Diversos atores rompendo minimamente com a reprivatização;
DESAFIOS DOC 1 • Não considera APS; • Imagens pseudovalorativas; • Funcional à ordem; ajustamente, estilo de vida; • Oportunidade e não *Condições;* • Não nivela a Saúde ao plano relacional, estrutural, fatorial e social; • Análise superficial dos Fatores Determinantes e não os considera Fatores *Condicionantes*	**DESAFIOS DOC 2** • Não discute heterogeneidade; • Não abrange a realidade territorial do Brasil e específica por regiões; • Ainda ausente o debate das *condições* (modo de produção e reprodução); • Acrescenta pilar "aprendizado ao longo da vida" sem qualquer perspectiva de totalidade; • Revolução da longevidade: flexibilidade e resiliência (reprivatiza a "gestão" da velhice faz parte da estratégia de contrarreforma estatal); • "Gerontolescentes" (tipo de pseudovalorização) • Cunho generalizador (não fala da velhice marginalizada); • Não propõe outro projeto societário, logo, não pode materializar-se sem a ruptura com o sistema capitalista.

Fonte: autoria de Gabriela Cristina Carneiro Vilione, 2016.

Além disso, mais adiante o documento propõe que "[...] da mesma forma que as perspectivas 'amigas do idoso' estão remodelando o cuidado primário e os ambientes urbanos, um novo modelo amigo do idoso para o cuidado hospitalar também está se desenvolvendo." (ILC-BRASIL, 2015, p. 76).

Interessante a proposta de ampliação dos modelos amigos do idoso em todas as políticas, setores, programas, ações e serviços, mas que deverá ter como foco a ampliação das intervenção do Estado para que não recaia novamente em propostas reprivatizadoras.

Por fim, na seção V “resposta das políticas” pressupostos importantes são salientados numa perspectiva macroeconômica acerca do que o documento considera a “revolução da longevidade”, primeiramente colocando a longevidade em um patamar de conquista e não de catástrofe como é defendida pela racionalidade burguesa, todavia, desconsidera-se a velhice subalternizada que vive de forma precária.

Ainda nesta discussão o documento esboça sobre a cultura do cuidado, isto a defesa pelos direitos humanos de forma superficial e contraditória. Acrescenta ao pilar segurança, a questão da proteção, porém não se define de qual proteção se fala.

Retoma a necessidade de concebermos um novo paradigma com relação à Revolução da Longevidade – mas o próprio documento é equivocado ao tratar de revolução, como apontamos –; a Atenção Primária Amiga do Idoso; o trabalho intergeracional; o papel essencial das políticas públicas e ações intersetoriais; a perspectiva do curso de vida, e, constrói um quadro de recomendações aos quatro pilares da política.

A esta Revolução da Longevidade tão citada no corpo do documento, compreendemos não como revolução, mas sim como uma mudança de paradigmas que, se melhor apropriada, possa mostrar a toda a sociedade, que o aumento dos anos de vida não será suficiente se não estiver elevando-se paralelamente à ampliação de melhores condições de vida.

Não faz sentido atentarmos para um envelhecimento ativo apenas na saúde, ou apenas com recomendações sem a intervenção primeira e ampliada do Estado.

O envelhecimento ativo, de modo geral, como vimos, exige o termo *ativo* numa concepção ampliada que considere o segmento idoso e toda a classe trabalhadora numa perspectiva de curso de vida, em sua integralidade, totalidade e humanidade, movimento que se dará com a luta de classes, consciência crítica e sanitária, bem como outra sociabilidade distante do capital.

Desse modo, não se faz uma política fortalecida se sua base não for construída em pilares firmes que estejam relacionados e construídos com uma mesma matéria em comum, no caso, objetivando o envelhecimento ativo em sua concepção ampliada em uma perspectiva de totalidade.

Que se cumpra o que está disposto no Decreto nº 8.114/2013 que estabelece o compromisso nacional para o envelhecimento ativo e como forma de pactuar este compromisso ainda institui a Comissão Interministerial com a finalidade de monitorar as ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação.

Assentimos com decretos, políticas e demais manifestos que mobilizem a sociedade como um todo e especialmente ao Estado, sabendo que situados no ideário neoliberal terão seus limites, mas, em contrapartida contribuirão para muitos avanços.

Todavia ainda com ressalvas acreditamos que a pura criação de mais dispositivos que em tese são falácias e mecanismos de manobra do capital, por mais exímia que sejam as palavras, não são de valor algum se não forem postas em prática e é por esse motivo e todos os demais já elencados neste trabalho, a que nos referimos de triunfos e desafios, precisam de nossa árdua luta diária enquanto trabalhadores, profissionais, cidadãos e sonhadores.

Em desfecho encerramos este eixo com imagens (da figura 15 à 22) que se aproximam de nossa concepção ampliada de envelhecimento ativo, no sentido amplo e pleno de *ativo.*

O envelhecimento ativo que lhe dê condições de acessar todas as dimensões cívicas, políticas, econômicas e sociais;

Figura 8 – Envelhecimento ativo IV.

Fonte: GOOGLE, 2016.

Um envelhecimento e velhice sem rótulos, sem estigmas, que incite a criatividade e apenas associe os (as) velhos (as) ao que eles desejam ser;

Figura 9 – Envelhecimento ativo V.

Fonte: GOOGLE, 2016.

O *ativo* que lhes dê o direito de escolha, de sexualidade, de participação partícipe, de intergeracionalidade;

Figura 10 – Envelhecimento ativo VI.

Uma política que alcance primeiramente a velha classe-que-vive(u)-do-trabalho, que considere o princípio da equidade, que olhe a velhice pobre;

Figura 11 – Envelhecimento ativo VII.

Fonte: GOOGLE, 2016.

Garantir um envelhecimento ativo onde a pessoa idosa tenha o direito à educação, profissionalização, socialização e o mais ela almejar;

Figura 12 – Envelhecimento ativo VIII.

Fonte: GOOGLE, 2016.

Um documento materializado em uma concepção ampla de saúde, com imagens que não se esgotem em atividades físicas e que assegure o cuidado, o afeto, a vida digna.

Figura 13 – Envelhecimento ativo IX.

Fonte: GOOGLE, 2016.

Enfim, uma velhice com perdas e ganhos, um envelhecimento com potencialidades. Velhices e envelhecimentos com respeito e equidade de gênero, classe, raça e etnia, um envelhecimento com o prisma do curso de vida e sob a perspectiva de totalidade.

Que tenha o propósito de alcançar outro projeto societário e que caminhe rumo à emancipação humana.

Figura 14 – Envelhecimento ativo X.

Fonte: GOOGLE, 2016.

Figura 15 – Envelhecimento ativo XI.

Fonte: GOOGLE, 2016.

3.2.1 Entre as perdas, quais os ganhos? Condições para a materialização do envelhecimento ativo na política de saúde

"Adicionar não só anos à vida, mas principalmente vida aos anos"
(VERAS; CALDAS).

Ao prosseguirmos na análise do documento que dispõe da política de envelhecimento ativo da pessoa idosa, intitulado como "Envelhecimento Ativo: uma política de saúde" concomitante as categorias de análise levantadas pela pesquisa, pontuaremos reflexões a partir das críticas fundamentadas, na intenção de vislumbramos mediações em que seja possível sua materialização.

Das mudanças identificadas, demasiadamente significativas, podemos dimensionar os avanços diante de uma conjuntura, assim como também já vimos, totalmente adversa, onde se é necessário "remar contra a corrente".

Diante de desafios tão extenuantes, das perdas decorrentes de um processo tecnológico expansionista cumulativo e avassalador e com benefícios em prol de uma minoria, categoricamente podemos afirmar que demos um passo histórico a partir do momento em que foi compilado um documento pensado propriamente para o segmento idoso.

Todavia, ser pensado não é o suficiente, ser transcrito e publicitado também não. Por isso, a discussão parte de uma propositura maior: sua materialização. Para tanto, faz-se pertinente retomar tais desafios para compreendermos com qual "maré contrária" estamos nos defrontando.

Dentre estas mudanças sublinhadas, podemos destacar a segmentação dos sujeitos; focalização nas patologias fruto da concepção reduzida de saúde; tratamento generalizado da

velha classe trabalhadora como se fossem desprovidos de uma história de vida, desconsiderando sua heterogeneidade; e a ausência de *condições* para o envelhecimento ativo em sua concepção ampliada.

Assim, princípios como a universalidade e a integralidade ficam comprometidos negativamente, sobretudo, pela pessoa idosa ser vista apenas como um membro de seu corpo físico e/ou incompleta, inútil e onerosa.

De antemão, a mudança destes paradigmas é o que propõe a política de envelhecimento ativo, porém ela não realiza esta mudança, embora em sua releitura inicie a discussão do segmento idoso enquanto integrante da sociedade, ela ainda configura na idealização da velhice "bem-sucedida" e não se aprofunda no debate sobre as *condições objetivas*.

Estes documentos analisados consideram o envelhecimento ativo como um processo de vida moldado por vários fatores que, isoladamente ou em conjunto, favorecem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa, em uma ponderação incompleta e a-histórica, que não contextualiza esta velhice marcadamente desigual em um sistema igualmente alienador.

> A OMS definiu como os principais fatores determinantes do "envelhecimento ativo": **serviços de saúde e sociais**, focados na promoção da saúde, prevenção de doenças e livre acesso a serviços de atenção primária e de longo termo; **determinantes pessoais e biológicos; determinantes comportamentais**, com indicação para adoção de estilos de vida saudável, participação ativa no autocuidado e em atividades físicas, alimentação saudável, não fumar e não fazer uso de bebidas alcoólicas e nem tampouco fazer largo uso de medicamentos, visando estender a longevidade e melhorar a qualidade de vida; **ambiente físico** adequado para prevenir acidentes, inclusive nos serviços de saúde pública; **determinantes sociais**, com indicação de ações para prevenção de abuso aos idosos; **determinantes econômicos** [...]. (ALBUQUERQUE, 2008, p. 27, grifo autor).

Tal política de EA possui em suas entrelinhas, a tentativa de inserção da pessoa idosa na sociedade, como um sujeito passivo a-histórico, pois muitas vezes, não oportuniza o exercício da autonomia, participação e cidadania da pessoa idosa, não se objetiva revolução e transformação de fato, em seu sentido ontológico.

Nisto reside a contradição, uma política como já afirmamos, *para* e não *com* a pessoa idosa, que se fala de *vez*, mas não se dá a *voz* e onde a própria população idosa não foi constitutiva – mesmo que tenha sido constituída – e nem mesmo partícipe de seu processo de construção.

Como intitulamos este capítulo "A não filosofia e sim política de envelhecimento ativo", reforçamos que esta filosofia não se refere aos socráticos ou ao ramo de estudo da existência da natureza e de todas as coisas e sua relação, muito menos como terminologia

derivada do grego *philo* "amigo" *sophia* "sabedoria", uma vez que cunhamos a expressão ao tratar da chamada "filosofia de vida" propalada pelo neoliberalismo: que do mesmo modo que subverte valores tais como a liberdade (de ir e vir, de mercado e de propriedade) e fraternidade (caridade, paternalismo, controle das massas), também o faz em diversas categorias.

Assim, a inversão da categoria filosofia, escamoteada em "filosofia de vida" não faz qualquer alusão a visão de mundo e de homem e sim a "estilos de vida", escolhas, geralmente associada às atitudes individuais de cada ser, ou seja, nessa acepção do capital já se prevê o individualismo e nega que condutas estejam vinculadas às condições vivenciadas, a realidade de desigualdade. Onde a maioria não dispõe de condições justas de "escolher" o mesmo modelo de vida saudável ou por assim classificado. Ou mesmo é rechaçado e responsabilizado por viver diferente ou assim desejar viver.

Frequentemente sinônimo de "estilo de vida", filosofia de vida surge no sentido de desresponsabilização estatal para responsabilização-culpabilizatória do indivíduo, em especial do trabalhador inválido, do trabalhador velho, do trabalhador oneroso que não se cuidou o suficiente para ter uma vida saudável. Nele é introjetado o fracasso que o aliena em perceber que seu infortúnio está totalmente vinculado à exploração do sistema positivista.

Paradoxalmente também podemos dizer que o envelhecimento ativo necessita de filosofia, no entanto, adotamos esta de acordo com a concepção de Chauí (2000, p. 9) enquanto "[...] decisão de não aceitar como óbvias e evidentes as coisas, as ideias, os fatos, as situações, os valores, os comportamentos de nossa existência cotidiana; jamais aceitá-los sem antes havê-los investigado e compreendido."

Dessa forma, não aceitando o que é imediatamente dado, fornecido a priori, mastigado a nós, incita a reflexão, a desconstrução e a reconstrução. Partirmos de uma tese, para chegarmos a antítese e então formularmos uma síntese. Neste movimento do captar, desvelar, criticar, que o obscurecido racionalismo burguês vai perdendo sua forma.

Com a atitude crítica filosófica, propõe-se o questionamento, não aceitamos o que nos é dado como pronto, inacabado. Com ela que profissionais e usuários das políticas sociais devem se pautar e jamais recebê-la como o melhor possível, vislumbrando sempre, como vimos, que no bojo de sua implantação já está carregada de contradição.

> Reflexão significa movimento de volta sobre si mesmo ou movimento de retorno a si mesmo. A reflexão é o movimento pelo qual o pensamento volta-se para si mesmo, interrogando a si mesmo. A reflexão filosófica é radical porque é um movimento de volta do pensamento sobre si mesmo para conhecer-se a si mesmo, para indagar como é possível o próprio pensamento. [...] A reflexão filosófica também se volta para essas

> relações que mantemos com a realidade circundante, para o que dizemos e para as ações que realizamos nessas relações. (CHAUÍ, 2000, p. 12).

De toda forma não é a política uma filosofia, mas para ampliarmos nossa concepção com relação a sua efetivação e direcionamento, é necessário uma visão filosófica sobre ela com a busca de compreensão da realidade a que ela está imposta e nela influi.

Para a instrumentalização e ampliação das políticas sociais, e para além delas, o movimento contracorrente fortalecido e coletivo, bem como para a luta por outro projeto societário e pela garantia de um envelhecimento não só ativo, mas digno exige que caminhemos nos apoiando na razão.

Não na razão dada por esta sociabilidade e propalada pelo pensamento pós-moderno que é disforme e antagônica, mas sim pela razão ontológica-dialética que "[...] porta em seu interior não apenas possibilidades de apreender as condições objetivamente dadas, como de estabelecer relações, (re)conhecer, (re)construir." (GUERRA, 2014, p. 78).

Uma das "condições" para a materialização do envelhecimento ativo, e quando dizemos condições não nos aferimos a um determinante e sim uma propositura, é como Guerra (2014, p. 50-51) sinaliza para termos em mente que "[...] as políticas sociais, não apenas enquanto espaço de inserção do assistente social, mas, sobretudo, enquanto determinação, ordenamento, prescrição das formas de intervenção profissional."

Para tanto é imprescindível "[...] descortinar, desvelar e ultrapassar os limites do racionalismo formal", e completamos, para alcançar níveis emancipatórios não só ao segmento idoso, como também a toda a classe trabalhadora que foi, que é, e que será, porém do trabalho enquanto valor central que se transforma e nos transforma plenamente.

Mas de que emancipação se está falando? Para o enfrentamento dos tensionamentos cotidianos, para a participação partícipe, para a mobilização e luta e consciência de classe. Assim, a emancipação primeira de que falamos é a emancipação política, ao passo que ela é possível no atual tecido do capital.

Entendendo esta emancipação política como um instrumento de luta cotidiana que possibilita os sujeitos reivindicar direitos políticos, civis e sociais, à caminho de uma emancipação plena, a emancipação humana transcrita por Marx que é transformadora e exige uma outra sociabilidade, pois a distinção de classes se configura em impeditivo da emancipação humana.

Com base nas reflexões de Danuta Luiz (2013), não há como sistematizar modelos prontos de práticas emancipatórias, mas desvelar características e práticas que tenham o compromisso com a emancipação social, que demostrem ser possível, mesmo diante de um

quadro social pleno de contradições, empreender práticas desta natureza pela categoria profissional dos assistentes sociais.

Ciavatta (2014, p. 6) assevera que "[...] a emancipação não é uma abstração. No sentido de libertação total do jugo capitalista, como processo dialético, a emancipação, no sentido de alguma forma de libertação daquilo que oprime, somente se realiza no campo da história da vida humana."

A autora supracitada argumenta que emancipação desejada não é possível de ser realizada no atual sistema vigente onde o trabalho é submetido à exploração e que aliena o ser humano. Implica uma postura revolucionária com o fim do capital e uma visão dialética do ser social na construção de uma contra-hegemonia.

Como podemos visualizar na menção abaixo, o que de maior a releitura propõe são políticas ampliadas, mas não se tem um norte de fato transformador do *status quo.*

> Alcançar a justiça social no contexto da Revolução da Longevidade requer políticas que se adaptem às mudanças das condições econômicas para dar suporte a todas as gerações de maneira equânime. Garantir a segurança econômica da população idosa continua a ser uma política global prioritária. (ILC-BRASIL, 2015, p. 27).

Destarte, a política de EA pondera a importância da mudança de paradigmas da velhice, mas não a faz, embora apresente especialmente, no documento da releitura, avanço de visão e discussão sobre o envelhecimento ativo, ainda está aquém da materialização que só será possível em outra ordem social.

Pudemos analisar a importância da humanização, sensibilização e identificação com o envelhecimento ativo até mesmo no visual, na arte, na imagem, no promover e no fazer real. Afinal, mesmo diante de um contexto adverso e de tempos de barbárie é possível vislumbrar e instigar o potencial de cada pessoa idosa e da classe-que-vive-do-trabalho como um todo para sua emancipação política, afim de então caminharmos coletivamente rumo à emancipação humana.

Como já abordado, a contextualização na política de EA está aquém do esperado, o que não nos dá suporte para ações efetivas em âmbitos macro e micro. Ao mesmo tempo que encara como um problema de ordem social, também assinala as diferenças de status ou posição socioeconômica, embora não aponte para as classes sociais e não se atente para as desigualdades do país.

Pensada de um modo geral para diversos países revela um cunho generalizador que dificulta até mesmo sua operacionalização. Assinalamos a necessidade de sua divulgação,

discussão crítica, reformulação e imprescindivelmente sua ampliação para além do campo textual, de forma a atender as necessidades locais, regionais e globais em sua totalidade.

Propomos que deste documento resulte em outros posteriores que se adeque à cada realidade específica, ou seja, ações que tenham como norte uma política maior – a da promoção do envelhecimento ativo segundo as orientações da OMS e MS – entretanto que não se esgotam nele e a partir dele crie ações estaduais, regionais e municipais de acordo com a estrutura local.

Elaborado de acordo com as necessidades concretas e reais reivindicações do segmento idoso, para então numa perspectiva menor alcançar-se uma maior e que a maior (global) esteja fundamentada nas ações menores (locais), no sentido de garantir a universalidade das ações, já que "[...] o envelhecimento da população é um fenômeno global que exige ação local, regional nacional e internacional." (OMS, 2005, p. 45).

> É na tensão entre produção da desigualdade, da rebeldia e do conformismo que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos. Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado no reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos, consubstanciados nas políticas e serviços sociais, mediações fundamentais para o trabalho do assistente social. (GIAQUETO; SOARES, 2010, p. 9).

À luz da citação acima, assentimos que é fundamental a apropriação da discussão acerca do paradoxo do envelhecimento ativo pelo Serviço Social enquanto profissão de caráter sócio-político, crítico e interventivo, que através de sua visão de mundo e de humanidade, contribui no avanço deste campo minado e que ainda rareia em conhecimento analítico de totalidade. Enfim, mediante aos apontamentos realizados, a abordagem do próximo tópico será fundamentada com base na contribuição da categoria profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta investigação, o objeto de estudo foi "a materialização das políticas de envelhecimento ativo", concluímos que foi alcançado, pois aferimos que a materialização desta política não é possível na atual sociabilidade, entretanto, poderá ocorrer com um outro projeto societário, que propicie a emancipação humana.

No referencial teórico, identificamos que o processo de envelhecimento e velhice, sob o jugo do capital neoliberal, realmente é delineado por um turbilhão de estigmas, paradigmas e pseudovalorizações reafirmados diariamente pela cotidianidade imediatista. Afinal, "os ideólogos criam concepções da velhice conforme os interesses de sua classe." (BEAUVOIR, 1976, p. 98). É inequívoco que o pensamento pós-moderno em suas mais diversas correntes se manifestam na vida da classe trabalhadora a todo tempo, influenciada e coagida pelas representações falseadas da realidade por meio da indústria cultural e da racionalidade instrumental burguesa, especialmente nos meios de comunicação em massa que veiculam a imagem dualizada e desvalorizada da velhice.

Durante o processo de pesquisa conhecemos sobre o fenômeno histórico, complexo, contraditório e multifacetado do envelhecimento humano. Para tanto, foi necessário dimensiona-lo em um contexto internacional e nacional. Conhecemos sobre as atitudes históricas, as lutas sociais e todo o processo de envelhecimento e velhice enquanto construção social. Além disso, identificamos dados, estatísticas e legislações importantes que nos confirmaram que a longevidade é uma conquista, mas paradoxalmente um desafio.

Com relação à política de saúde realizamos aproximações com especial olhar sobre a Atenção Primária à Saúde – APS, considerando um espaço privilegiado para a atuação do Serviço Social e de promoção da Política de "Envelhecimento Ativo", recorte dado devido a Atenção Básica representar a porta de entrada da saúde, sendo esta um dos pilares da política em tela.

Evidenciamos o atual quadro do Sistema Único de Saúde – SUS, onde confirmamos a hipótese do seu sucateamento, privatização, mercantilização e precarização, que muito embora, seja uma política de direito do cidadão e dever do Estado, em tempos de capital, vem sofrendo com a iatrogenia de um sistema ideológico carregado de antagonismos, contrarreformas e, desmantelamento de direitos que obstaculizam a universalidade da saúde pública, bem como os demais princípios e diretrizes dispostos.

Também ampliamos as reflexões sobre conceitos como: qualidade de vida; iatrogenia social; estilo de vida versus *condições de vida* e fatores determinantes versus fatores condicionantes; envelhecimento *ativo* e participação partícipe. Soma-se a esta reflexão, outras conceituações de relevância em nosso trabalho que foram destacadas: ontologia e centralidade

do trabalho, urbanização, heterogeneidade e multidimensionalidade do envelhecer; a velha classe-que-vive(u)-do-trabalho (velhice subalternizada); feminização da velhice; consciência sanitária; Serviço Social e mediação. Todas as questões abarcadas estiveram situadas no debate sobre a atual sociabilidade, no tempo da ofensiva neoliberal, que à luz do modo de produção e reprodução social capitalista, interfere de forma imediata e concreta no modo como vivemos, especialmente, à luz de uma ideologia positivista, conservadora, alienante.

Diante das temáticas abordadas, ressaltamos fundamental, diante da conjuntura adversa do capital, pensarmos em respostas propositivas, formas de combater e principalmente resistir perante a realidade exploradora, através da politização, participação e controle social em conselhos de direito; conferências; fóruns; e na implantação, articulação e execução das políticas sociais, assim como na práxis junto aos movimentos sociais de mobilização coletiva com a classe trabalhadora. Neste sentido, concordamos Yasbek (2014, p. 687) contribuir para "a elaboração de uma concepção de mundo crítica e coerente, necessária para suplantar o senso comum e tornar as classes subalternas, capazes de produzir uma contra-hegemonia".

Nesta pesquisa bibliográfica e documental, utilizamos o método "analise de conteúdo", através do qual analisamos o documento "Envelhecimento Ativo: uma política de saúde" (2005), enquanto um marco histórico a ser considerado como avanço na visibilidade da velhice, mas que possui suas contradições, fruto da ordem vigente em que foi transcrito.

Posteriormente, próximo à conclusão do processo de pesquisa – não que o mesmo tenha um fim, mas precisa de um desfecho provisório – tivemos acesso a outro documento que fez a releitura da política anterior e nos proporcionou ampliar o adensamento de nossa análise, evidenciando mudanças (algumas das quais havíamos proposto antes do acesso ao mesmo), mas também limites ainda existentes que reafirmam a contradição do sistema vigente que nos impede de avançar em muitos âmbitos. O referido documento intitulado "Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à Revolução da Longevidade" (2016) acrescentou demasiadamente em nossa análise crítica.

Aferimos que as imagens propaladas pela racionalidade instrumental burguesa não estão distante do que percebemos na política de "envelhecimento ativo", tanto em seu primeiro documento, quanto em sua releitura, ao passo que ambas apresentam concepções fragmentárias da realidade.

Os documentos esboçam uma discussão superficial dos fatores determinantes para o "envelhecimento ativo", colocando-os em um patamar fechado e determinista, quando tais fatores se melhor apreendidos – a começar por situarem na dada sociabilidade capitalista –

são na verdade fatores condicionantes, ou seja, totalmente relacionados às condições objetivas, pois a objetividade da vida que a classe trabalhadora vive condicionará seu envelhecimento, sendo uma concretude exploradora e precarizada, logo se impede a materialidade de uma velhice ativa.

Assim, os referidos documentos são vagos em seu conteúdo em muitas discussões relevantes. Estão permeados por contradições e ideários da classe dominante, portanto, acreditamos que primeiramente deveriam sinalizar de qual velhice se fala, uma vez que compreendemos que tal política deve ser direcionada a quem dela mais necessita: os velhos e velhas marginalizados, pauperizados e alijados.

A política de "envelhecimento ativo" também está falha na contextualização histórica e na discussão dos diversos eixos e elementos elencados no Capítulo 3. A realidade local não está nítida e propomos, dessa forma, que do documento central e nacional, outros documentos regionalizados sejam elaborados, todavia com a voz da pessoa idosa e sua participação partícipe neste processo de construção de um envelhecimento ampliadamente ativo. Concordamos com Soares (2010, p. 19) que "mesmo com os limites da política social na sociedade burguesa, a política de saúde possui um potencial político estratégico para os interesses da classe trabalhadora.", não somente da saúde, como também em outras áreas.

No entanto, a pseudoconcreticidade do capital introjetada nas políticas, impede-nos de alcançarmos a materialização de um envelhecimento ativo, uma vez que ele se mantém através das desigualdades e da falsa aparência do real, transmutando-a em uma velhice bem-sucedida, pois, é para esta velhice que os documentos analisados são direcionados, de "cima para baixo", descontextualizados, a-históricos e pseudovalorativos.

Acreditamos na contribuição do Serviço Social atuando no espaço sócio-ocupacional da rede de Atenção Primária a Saúde – recentemente aprovada a obrigatoriedade deste profissional nas ESFs pela PL 428/2015 – entendendo este como lócus primeiro (porta de entrada) para a promoção do envelhecimento ativo, em sua concepção ampliada.

A ampliação não supõe materialização, que será possível apenas com a transformação societária. Mas, no sentido de ampliação de estratégias; de análise crítica; de trabalharmos com estes documentos numa perspectiva de totalidade. Com a compreensão que esta ampliação não supera o *status quo,* mas nos instrumentaliza e mobiliza nesta conjuntura para então caminharmos rumo à ruptura deste sistema.

Se o capitalismo se reiventa, também nos reiventaremos com novas e mais intensas formas combativas contra o projeto burguês utilitarista de contrarreformas, que abate a política de saúde e todas as demais, além de dualizar e ideologizar negativamente a concepção

de envelhecimento ativo. Reforçamos aqui a necessidade de ruptura com a gestão individualizante e reprivatizante da velhice e, as pseudovalorizações disseminadas, bem como a resistência contra a barbárie, alienação, alijamento e reificação da velha classe trabalhadora.

Concluímos, pois, ainda que se tenha aumentado os anos de vida e se tenha pensado em uma política de "envelhecimento ativo", sendo ela marco no avanço da visibilidade da questão, analisamos que isto não significa melhores condições objetivas de vida para a classe-que-vive(u)-do-trabalho e está envelhecendo na mesma proporção que continua subalternizada.

Evidenciamos que a política de "envelhecimento ativo" está situada na contradição entre capital e trabalho, e somente deixará de ser, quando esta contradição deixar de existir, ou seja, quando for superado o modo de produção e reprodução capitalista.

Em suma, consideramos importante o movimento de intervirmos contra a conceituação estigmatizada e ambivalente da velhice que não pode ser apenas revestida de bons momentos, desconsiderando a velhice subalternizada e, muito menos, vista apenas como decrepitude. Afinal, a velhice é uma fase heterogênea, uma construção social, um tempo de vida, sim de vida. Tempo em que se têm trajetórias, perdas, memórias e acúmulo; é história viva com mais anos, com mais *necessidades*, complexidades e *potencialidades*.

Em desfecho, concluímos que vivemos um tempo de resistência e parafraseando Marx terminamos com a exclamação "classe-que-vive(u)-do-trabalho UNI-VOS!".

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **A Abrasco:** sobre a Abrasco. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>. Acesso em: 2016.

ADORNO, Theodor W; HORKHEIMER, Max. **Dialética do esclarecimento:** fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Ribeiro Lins de. **Envelhecimento ativo:** desafio do século. São Paulo: Andreoli, 2008.

ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jacqueline. **O que é feminismo.** São Paulo: Brasiliense, 2007.

ALVES, Giovanni. **Neodesenvolvimento e precarização do trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2013.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir GENTILLI, Pablo (Org.). et al. **Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o Estado democrático. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

ANS. **Agencia Nacional de Saúde completa 16 anos.** Brasília, DF, 2016.Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/3176-ans-completa-16-anos>. Acesso em: 27 maio 2016.

ANTUNES, Ricardo (Org.). **A dialética do trabalho**: escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

_____. Crise capitalista contemporânea e as transformações do mundo do trabalho. CAPACITAÇÃO em Serviço Social e Política Social: crise contemporânea, questão social e serviço social. capacitação em serviço social e política social. mod. 1. Brasília, DF: CEAD/UNB, 1999.

ANVISA. Resolução - RDC nº 283 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 27 set. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>. Acesso em: 23 maio 2016.

AROUCA, Sérgio. **Reforma sanitária**. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 20 nov. 2014.

ASSUNÇÃO PAIVA, Carlos Henrique; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde:** Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

BARROS, Rodrigo Heleno de; GOMES JUNIOR, Edmundo de Paula. Por uma história do velho ou do envelhecimento no Brasil. **CES Revista,** Juiz de Fora, v. 27, p. 1. 2013.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice:** realidade incômoda. 2. ed. Rio de Janeiro: Difel, 1976.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social:** fundamentos e história. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BERGMANN, Andreia; LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. **A estigmatização da velhice através de vídeo de entretenimento.** [São Paulo], 16 jul. 2015. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/comportamentos/item/3700-a-estigmatizacao-da-velhice-atraves-de-video-de-entretenimento>. Acesso em: 2016.

BERZINS, Marília; BORGES, Maria Claudia (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece.** São Paulo: Martinari, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 5 out. 1988. Anexo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 23 mar. 2014.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990 a. Seção 1. p. 18055. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 21 out. 2013.

_____. Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 1993. Seção 1. p. 7613. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm>. Acesso em: 21 out. 2013.

_____. Lei nº 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/l8114.htm>. Acesso em: 7 ago. 2016.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Justiça. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1998.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.** 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde : Secretaria de Atenção à Saúde : Departamento de Atenção Básica, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Saúde e Serviço Social no capitalismo:** fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

BULLA, Leonia Capaverde; SOARES, Erika Scheeren; KIST, Rosane Bernadete Brochier. Cidadania, pertencimento e participação social de idosos – Grupo Trocando Ideias e Matinê das Duas: Cine Comentado. **Ser Social**, Brasília, DF, n. 21, p. 169-196, jul./dez. 2007.

BUSSACRO, Adriana Cristina. As ações afirmativas voltadas as pessoas com deficiência frente ao Princípio Constitucional da Isonomia. In: SEPREDI. **Cadernos de Formação continuada para trabalhadores (as) do órgão Gestor, Unidades Estatais e da Rede Socioassistencial do Município de Franca**. Franca: Instituto Paulo Freire, 2016.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional da agenda das políticas públicas. In: _____. (Org.) **Os novos idosos brasileiros:** muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

_____. (Org.). Introdução. In: _____. (Org.) Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

_____. **Envelhecimento da população brasileira:** uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2091 /1/TD_858.pdf> Acesso em: mar. 2016.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **A cidade.** 8. ed. São Paulo: Contexto, 2005.

CARVALHO, José Alberto Magno; WONG, Laura L. Rodriguez. A transição da estrutura etária da população brasileira da primeira metade do século XXI. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, n. 3, v. 24, p. 597-605, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/13.pdf >. Acesso em: fev. 2015.

CEBES. **Saúde, política e economia em tempos de crise:** pela construção de um programa de lutas unificado para a saúde pública. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/2016/05/seminario-saude-politica-e-economia-em-tempos-de-crise-pela-construcao-de-um-programa-de-lutas-unificado-para-a-saude-publica/>. Acesso em: maio 2016.

CEPAM. **Envelhecimento da população:** desafios das políticas públicas municipais. São Paulo, 2014. (Encontros temáticos).

CFESS. Resolução CFESS n. 383/99 de 29 de março de 1999. Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde. O Conselho Federal de Serviço Social, no uso de suas atribuições legais e regimentais. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf.>. Acesso em: 12 fev. 2016.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, DF, 2009.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia.** São Paulo: Ática, 2000.

CIAVATA, Maria. Emancipação: a historicidade do conceito e a polêmica real da existência humana. **Revista Trabalho Necessário**, Niterói, ano 12, n. 18, p. 1-24, 2014. Disponível em: <http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN18%20-%20artigo%20do%20dossie%20-%20Maria%20Ciavatta.pdf>. Acesso em: 2016.

CONACSB. **Fundado o Conselho Nacional de Agentes Comunitários de Saúde do Brasil – CONACSB.** Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://comprasdiversas.jusbrasil.com.br/noticias/127081501/fundado-o-conselho-nacional-de-agentes-comunitarios-de-saude-do-brasil-conacsb>. Acesso em: 8 jun. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 218 de 6 de março de 1997. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 5 maio 1997. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218.doc>. Acesso em: 14 fev. 2016.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde:** Relatório Final, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br /biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

_____. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1. p. 59 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 23 fev. 2016.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Org.). **Saúde na atualidade:** por um sistema único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: Ed. UERJ/Rede Sirius : ADUFRJ, 2011.

_____.; OMENA, Valéria Coelho. A mercantilização da saúde e a política da saúde brasileira: a funcionalidade da saúde suplementar. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLITICAS PÚBLICAS, 4., 2013, São Luís. 2013. **Anais.....** São Luís: Ed. UFMA, 2013.

COUTINHO, Ronaldo. **Crise urbana**: urbanização da pobreza e lógica do capital. São Paulo, [2012]. Disponível em: <http://editora.expressaopopular.com.br/batalha-das-ideias/%E2%80%9Ccrise-urbana%E2%80%9D-urbaniza%C 3 %A7%C3%A3o-da-pobreza-e-l%C3%B3gica-do-capital>. Acesso em: mar. 2016.

COUTRIM, Rosa Maria da Exaltação. **A velhice invisível:** o cotidiano de idosos que trabalham nas ruas de Belo Horizonte. São Paulo: Annablume, 2010.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice:** socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: FAPESP, 1999.

_____. O velho e a propaganda. **Cadernos Pagu,** São Paulo, v. 21, p. 133-134 2003.

DINIZ, Écio Almir. **Iatrogenia medicamentosa em idosos:** análise da equipe de saúde São João II de Conselheiro Lafaiete. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; ANDRADE, Claudia Laranjeira de; LEBRÃO, Maria Lúcia. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem,** São Paulo, v. 1, n. 2, p. 317-325, 2007.
DUAYER, Mário; ESCURRA, Maria Fernanda; SIQUEIRA, Andrea Vieira. A ontologia de Lukács e a restauração da crítica ontológica em Marx. **Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 17-25, jan./jun. 2013.

DUQUE, Adrews do Nascimento; SILVA, Iolete Ribeiro da. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. **Revista AMAzônica**, Humaitá, ano 6, v. 11, n. 2, p. 310-326, 2013.

EVANGELISTA, João Emanuel. **Crise do marxismo e irracionalismo pós-moderno.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. Teoria social e pós-modernismo: a resposta do marxismo aos enigmas teóricos contemporâneos. **CRONOS:** Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRN, Natal, v. 7, n. 2, 271-281, 2006.

FLORÊNCIO, Márcia Virgínia di Lorenzo. **Rastreamento de violência contra pessoas idosas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB.** 2014. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. 25. ed. São Paulo: Paz &Terra, 2014.

FREITAS, Ana Lúcia de. **Pedagogia da conscientização:** um legado de Paulo Freire à formação de professores. 3. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

FRIEDAN, Betty. **Mística feminina.** Rio de Janeiro: Vozes, 1971.

GIAQUETO, Adriana; SOARES, Nanci. O trabalho e o trabalhador idoso. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR: saúde mental relacionada ao trabalho, 7., 2010, Franca. **Proceedings.** Franca: Ed Unesp/FHDSS, 2010. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n7/a07.pdf>. Acesso em: jun. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDANI, Ana Maria. Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Muito além dos 60:** os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social.** 10. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

_____. **Aula Magna na UECE:** Trabalho e Instrumentalidade do Serviço Social. Fortaleza, 15 maio 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LDjD5ttGiNo>. Acesso em: maio 2016.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice.** São Paulo: Cortez, 1986.

_____. **O direito à velhice**: os aposentados e a previdência social. São Paulo: Cortez, 1993.

HARVEY, David. O direito à cidade. **Lutas Sociais**, São Paulo, n. 29, p.73-89, jul./dez. 2012.

IAGG. **Índice global de envelhecimento.** Disponível em: <http://www.interageconsult.com.br/pt-br/news/lancamento-global-age-watch-index-2015#.V1oEjfkrK01>. Acesso em: jan. 2016.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Serviço Social em tempo de Capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IBGE. **Censo 2010.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 24 ago. 2015.

_____. **Censo 2012.** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2013/notastecnicas.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015

_____. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2014. (Estudos & Pesquisa. Informação demográfica e socioeconômica. n. 34).

_____. Í**ndice de Gini**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/indice_de_gini.shtm>. Acesso em: 23 jul. 2016

IESS. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro.** São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/1apresentao.pdf>. Acesso em: set. 2016.

ILC–Brasil. **Envelhecimento Ativo:** um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro, 2015.

JESUS, Carolina Maria de. **Quarto de despejo:** diário de uma favelada. São Paulo: Ática, 2007.

KALACHE, Alexandre; ERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

_____. **Alexandre Kalache fala sobre envelhecimento ativo e geronto.** São Paulo, 9 mar. 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XnwPyXDny9Q>. Acesso em: 23 fev. 2016.

KANSO, Solange. Processo de envelhecimento populacional: panorama mundial. In: WORKSHOP DE ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO, 6.; ENCONTRO MINEIRO

DE ESTUDOS EM ERGONOMIA, 3.; SIMPÓSIO DO PROGRAMA TUTORIAL EM ECONOMIA DOMÉSTICA, 8., 2013, Viçosa. **Anais....** Viçosa: Ed. UFV, 2013.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Tradução Célia Neves e Alderico Toríbio; Revisão Célia Neves. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LIMA, Lara Carvalho Vilela; BUENO, Cléria Maria Lobo Bittar. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-280, maio/ago. 2009.

LIMA, Mariúza Pelloso. **Gerontologia educacional:** uma pedagogia específica para o idoso, uma nova concepção de velhice. São Paulo: LTr, 2000.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. **Saúde na velhice:** as interpretações sociais e os reflexos no uso de medicamento. São Paulo: EDUC, 2000.

LUKÁCS, Györgi. **Ontologia do ser social:** os princípios ontológicos fundamentais de Marx. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Livraria Ciências Humanas, 1979.

LUIZ, Danuta E. Cantoia. **Emancipação e Serviço Social:** a potencialidade da prática profissional. 2. ed. Ponta Grossa: Ed. UEPG, 2013.

MAGALHÃES, Dirceu Nogueira. **Invenção social da velhice**. Rio de Janeiro, 1989.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social:** identidade e alienação. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã:** I – Feuerbach. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

_____. **O capital:** o processo de produção do capital. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988, L 1. v. 1-2.

MINAYO, Maria Cecília. **Violência contra idosos:** o avesso do respeito à experiência e sabedoria. 2. ed. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS:** o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção. Brasília, DF, 2005.

_____. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, DF, 2004.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF, 2007.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, DF, 2010. (Cadernos de atenção básica, n. 19).

_____.. **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde.** PCATool-Brasil. Brasília, DF, 2010.

MONTEIRO, Angélica; LEAL, Guaraciara Barros. **Mulher da luta e dos direitos.** Brasília, DF: Instituto Teotônio Vilela, 1998. (Brasil, 3).

MOTTA, Alda Britto da. As idades da mulher. **Feminismos,** Salvador v. 1, n. 3 set./dez. 2013. Disponível em <http://www.feminismos.neim.ufba.br/index.php/revista/article/viewFile/79/77>. Acesso em: 25 ago. 2006.

NERI, Anita Liberalesso; GUARIENTO, Maria Helena. A saúde dos idosos segundo seus relatos e conforme indicadores clínicos e antropométricos. In:_____.; _____. (Org.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos:** dados do estudo FIBRA Campinas. São Paulo: Alínea, 2011.

_____. Feminização da velhice. In: _____. (Org.). **Idosos no Brasil:** vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo: SESC-SP, 2007.

PAIM, Jairnilson. Vídeo Ciência e Letras - Reforma Sanitária Brasileira. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=5HhUyf4N0sI. Acesso 10 de jun de 2016.

PAULO NETTO, José. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992

_____. Cinco notas a propósito da questão social. **Temporallis,** Brasília, DF, n. 03, p 154-163, 2001.

_____. **Capitalismo e reificação.** São Paulo: Ciências Humanas, 1981.

_____. **Palestra do Prof. José Paulo Netto - Modernidade e Pós-modernidade.** Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fHrZi1F7jd4>. Acesso em: set. 2016.

NOGUEIRA, Cláudia Mazzei. **A feminização no mundo do trabalho:** entre a emancipação e a precarização. Campinas: Autores Associados, 2004.

OLIVEIRA, Márcia Botelho de; SILVA, Neuza Maria da. A influência do gênero e a participação da mulher na solidariedade entre gerações. SESC. **A Terceira Idade:** Estudos sobre Envelhecimento, São Paulo, v. 23, n. 54, p. 33-43, jul. 2012.

OMS. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília, DF, 2005.

_____. **Guia global:** cidade amiga do idoso. Genebra, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>. Acesso em: 5 set. 2013.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política social:** temas & questões. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
PRIBERAM. Disponível em: <https://www.priberam.pt/dlpo/>. Acesso em: 25 mar. 2016

ROCHA, Laura Maria Brenner Ceia Ramos Mariano da. **Tradução e adaptação cultural do *aging perceptions questionnaire* (APQ) para a língua portuguesa brasileira.** 2010. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **O poder do macho.** São Paulo: Moderna, 1987.

_____. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

_____. Primórdios do conceito de gênero. **Cadernos Pagu,** São Paulo, v. 12, p.157-163, 1999.

SALGADO, Carmem Délia Sánchez. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANTOS, Cláudia Rodrigues de Souza dos. **O idoso no Brasil:** da velhice desamparada à velhice dos direitos? Monografia (Especialista em Terapia de Família) - Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2007a.

SANTOS, Josiane Soares. **Neoconservadorismo pós-moderno e Serviço Social brasileiro.** São Paulo: Cortez, 2007b.

SARRETA, Fernanda de Oliveira; BERTANI, Íris Fenner. A construção do SUS e a participação do assistente social. **Serviço Social & Saúde,** Campinas, v. 10, n. 11, p.31-58 jul. 2011.

SBGG. **Sobre a SBGG.** Rio de Janeiro, [2016]. Disponível em: <http://sbgg.org.br/sbgg/sobre-a-sbgg/?>. Acesso em: 25 mar. 2016

SILVA, José Fernando Siqueira da. Violência e Serviço Social: notas críticas. **Katálysis,** Florianópolis, v.11, n. 2, p. 265-273, 2008.

SILVA, Marina da Cruz. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos sobre o envelhecimento:** Revista UNATI, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p.56-72, 2005.

SOARES, Nanci; JOSÉ FILHO, Pe. Mário. (Org.). Valorização social do idosos. **Os desafios da terceira idade.** Franca: Ed. Unesp, 2012.

_____. **Notas da disciplina envelhecimento humano e ativo.** Franca: Ed. Unesp. 2015.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje:** impactos de demandas ao Serviço Social. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOUZA, Dayse. **Serviço Social na terceira idade:** uma práxis profissional. Belém: Ed. UFPA, 2003.

STEIN, Airton Telelbom. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Revista Epidemiologia Serviços e Saúde**, Brasília, DF, v. 22 n. 1, p. 179-181, jan./mar. 2013.

TAVARES, Elda Lima; ANJOS, Luís Antônio dos. **Perfil antropométrico da população idosa brasileira:** Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Cad. Saúde pública. Rio de Janeiro, v 15, n. 4, p. 759-768, out./dez, 1999.

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

_____. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. **Argumentum**, Vitória, v.1, n. 1, p.63-77, jul./dez. 2009.

TELLES, Vera da Silva. **A cidade nas fronteiras do legal e do ilegal.** Belo Horizonte: Argumentum, 2010.

TONET, Ivo. **Modernidade, pós-modernidade e razão.** Maceió, 2006. Disponível em: <http://ivotonet.xpg.uol.com.br/arquivos/MODERNIDADE_ POSMODERNIDADE_E_RAZAO.pdf>. Acesso em: set. 2016.

TRINDADE, Maurício. Projeto de Lei 6271, de 21 de outubro de 2009. Dispõe sobre a inclusão obrigatória de assistentes sociais nas equipes do programa Saúde da Família. **Diário da Câmara dos Deputados,** Brasília, DF, 4 nov. 2009. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=456451>. Acesso em: 13 fev. 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VERAS, Renato Peixoto. A longevidade da população: desafios e conquistas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 24, n. 75, p. 5-18, set.2003.

VICENTE, Fernanda Regina. **Validação de conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo. 2012.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

_____.; VILIONE, Gabriela Cristina Carneiro. **A desmistificação dos papéis sociais para alcançar a equidade de gênero:** uma análise acerca das usuárias dos programas sociais, 2012. 133 f. Trabalho de Conclusão (Bacharel em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2012.

WILL. Eudaimonia. In: R7 Educação. **Dicionário Informal.** São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/eudaimonia/>. Acesso em: 24 jun. 2016.

WHITAKER, Dulce. **Mulher & homem:** o mito da desigualdade. São Paulo: Moderna, 1988.

WHOQOL-BREF. **Análise do WHOQOL-Bref**. [S.l., 20--]. Disponível em: <http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/1173/whoqol_bref.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2015.
WHOQOL-OLD. **Qualidade De Vida No Idoso - WHOQOL – Old.** [S.l., 20--]. Disponível em: <http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/1173/whoqol_old.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2015.

YASBEK, Maria Carmelita. A dimensão política do trabalho do assistente social. **Serviço Social & Sociedade,** São Paulo, n. 120, p. 677-693, 2014.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice:** aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ANEXOS

ANEXO A – RESPOSTA DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

From: conep@saude.gov.br
To: gabyvilioni@hotmail.com
Subject: RES: Submissão de Projeto - Dúvida.ga
Date: Tue, 7 Jun 2016 12:38:46 +0000
Prezada,

Informamos que pesquisas com revisão de literatura e que utilizem dados públicos, de livre acesso, não precisam ser submetidas a análise ética do Sistema CEP/CONEP.

Atenciosamente,

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS/MS
Tel.: (61) 3315-5879
Fax.: (61) 3315-5878

- Para suas respostas utilize sempre o endereço de correio conep@saude.gov.br. Nunca responda para o correio conep.respostas@saude.gov.br, pois suas mensagens serão redirecionadas e excluídas.

De: Gaby Vilione [gabyvilioni@hotmail.com]
Enviado: segunda-feira, 6 de junho de 2016 14:47
Para: CONEP - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA
Assunto: Submissão de Projeto - Dúvida

Prezados,

Por gentileza, solicito-lhes a seguinte informação:
Para a defesa da dissertação de Mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - "Júlio de Mesquita Filho" - Campus de Franca, intitulada "A promoção da política de envelhecimento ativo sob o prisma da saúde: materialização e desafios frente ao ideário neoliberal", onde a pesquisa é bibliográfica e documental (análise da política de envelhecimento ativo disponível via internet) de abordagem qualitativa, deverá ser submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa - Plataforma Brasil?

Desde já agradeço em demasia.

Gabriela Vilione
Mestranda em Serviço Social - UNESP
Assistente Social do CREAS - Prefeitura de Franca

ANEXO B – RESPOSTA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UNESP.

Date: Mon, 20 Jun 2016 09:29:49 -0300
From: denis@franca.unesp.br
To: gabyvilioni@hotmail.com
Subject:

Olá Gabriela bom dia!

Tendo em vista que a sua pesquisa será bibliográfica e documental, não há necessidade de inclui-la na Plataforma Brasil.

Atenciosamente Denis