

Aspectos determinantes para construção social da pessoa idosa a partir das políticas públicas no Brasil

Determining aspects for the social construction of the older adult based on public policies in Brazil

Wagner Ivan Fonseca de Oliveira^a

 <https://orcid.org/0000-0002-5273-6525>

E-mail: wagner.fonseca@ufrn.edu.br

Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador^b

 <https://orcid.org/0000-0002-3208-6270>

E-mail: petalatuan@hotmail.com

Kenio Costa de Lima^c

 <https://orcid.org/0000-0002-5668-4398>

E-mail: limke@uol.com.br

^aInstituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte. Departamento de Educação Física. Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

^bUniversidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Enfermagem. Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

^cUniversidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Odontologia. Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

Resumo

Apesar do envelhecimento ser uma realidade global, há, na velhice, um cerceamento das experiências individuais com a sua subjetivação, na qual o aperfeiçoamento passa a ser uma exigência moral. Objetivamos compreender os aspectos determinantes para a construção social da pessoa idosa a partir das políticas públicas no Brasil. Realizamos uma análise documental por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin, operacionalizada pelo software IRAMUTEQ. O corpus textual foi constituído por 13 documentos que orientam as políticas destinadas à proteção social da pessoa idosa, posteriores à Constituição Federal de 1988. Observamos que os mecanismos de poder implícitos nas políticas são subordinados aos imperativos capitalistas e à racionalidade biomédica prescritiva, voltada aos aspectos estritamente biológicos que desnaturalizam e homogeneízam o envelhecimento à luz de um ideal de juventude ininterrupta. Ancora-se na “reprivatização” da velhice, culpabilizando os idosos por suas condições de vida. Essa ideologia produtivista estabelece a moralização dos atributos físicos que definem e moldam as subjetividades de uma sociedade refratária à própria velhice. Destacamos a importância de repensar o envelhecimento com base nas problemáticas sociais, ressaltando aspectos singulares da trajetória de vida da pessoa idosa, alheia à ideologia do envelhecimento sem velhice. **Palavras-chave:** Envelhecimento; Políticas públicas; Proteção social em saúde; Participação social.

Correspondência

Wagner Ivan Fonseca de Oliveira

Rua Lúcia Viveiros, 649. Condomínio L'acqua, bloco 5, apto. 202. Natal, RN, Brasil. CEP: 59086-005.

Abstract

Despite aging being a global reality, old age has a restriction of individual experiences with their subjectivation, in which improvement becomes a moral requirement. We aim to understand the determinant aspects for the social construction of the older adults based on public policies in Brazil. We performed a document analysis based on the content analysis technique proposed by Laurence Bardin, operationalized by the IRAMUTEQ software. The textual corpus comprised 13 documents that guide policies aimed at the social protection of older adults, posterior to the Federal Constitution of 1988. We observe that the power mechanisms implicit in policies are subordinated to capitalist imperatives and to prescriptive biomedical rationality, focused on strictly biological aspects that denaturalize and homogenize aging in the light of an ideal of uninterrupted youth. It is anchored in the “reprivatization” of old age, which blames the older adults for their living conditions. This productivist ideology establishes the moralization of physical attributes that define and shape the subjectivities of a society refractory to old age itself. We highlight the importance of rethinking aging based on social issues, highlighting singular aspects of the life trajectory of the older person. unfamiliar with the ideology of aging without old age.

Keywords: Aging; Public Policy; Social Protection in Health; Social Participation.

Introdução

A transição demográfica no Brasil proporcionou uma mudança de um país jovem, na década de 1980, para um país envelhecido, e desencadeou uma notória visibilidade social da velhice. A sociedade capitalista neoliberal se distancia da pessoa idosa, julgando-a como um ser impotente e improdutivo, e, em contrapartida, estabelece padrões de ser e viver associados à moralização dos atributos físicos (Rougemont, 2019). Encoraja-se um filtro moral refratário à velhice a partir do enaltecimento dos signos da juventude, caracterizados por valências físicas expressivas, presteza ao trabalho e produtividade. Do contrário, quanto mais envelhecido aparentarmos estar, menos capital social possuiremos.

Relaciona-se o cuidado de si ao longo da vida como ações de autopromoção que proporcionam a imagem de comprometimento consigo, resultando no sucesso de sua gestão e no empreendimento de si. Essa racionalidade neoliberal opera por meio de processos de subjetivação orientados por discursos saturados de mensagens individualistas e mercantilistas, cuja normatividade subjaz uma racionalidade específica para o governamento da vida da população (Foucault, 2021). Consolida-se o processo de despolitização e de isolamento que tende a transformar problemas sociais em questões individuais; inibe-se, dessa forma, qualquer iniciativa que tenha um caráter político ou reivindicativo (Fernández Liria; García Fernández; Galindo Ferrández, 2017).

Para que essa concepção social seja estabelecida, um aparato de mecanismos de poder necessita ser disseminado pelo tecido social, imerso no campo político e incrustado por aspectos imateriais. Aspira-se assegurar uma disciplina, aplicando uma racionalidade individualizante e corretiva entre as atividades produtivas e as relações de poder, por meio da regulamentação da vida e da normalização de costumes. Constitui-se, assim, a sociedade de controle ancorada na biopolítica, a qual designa condutas, assujeita indivíduos e determina a sociedade efetivada através de políticas públicas (Foucault, 2021). A biopolítica consolida-se como uma prática política de apreensão social dos corpos dos

indivíduos no capitalismo; logo, ao velho cabe o esforço de segui-la caso não queira ser percebido como inadequado e impróprio (Matos; Vieira, 2014).

Partimos, então, da crença na superação de um olhar ingênuo sobre o mundo e as coisas a partir do estranhamento e da desnaturalização das verdades que nos constituem. Ao ressignificarmos o papel social das políticas, a velhice torna-se primordial para compreendermos o contexto sociopolítico inerente à pessoa idosa. Precisamos repensar as políticas públicas para que elas representem pautas próprias, levando em conta os anseios e as necessidades desse contingente populacional. Buscamos, assim, compreender a realidade embasada em nossa organização social, considerando não apenas o que ela traduz, mas também a sua construção histórica e as relações de poder existentes na sociedade.

Portanto, apresentamos como questão de pesquisa: quais aspectos determinam a ideologia da velhice a partir das políticas de proteção à pessoa idosa no Brasil? Objetivamos compreender os aspectos ideológicos mais sutis e aparentemente desinteressados do uso da razão, os quais determinam a construção social da pessoa idosa nas políticas públicas no Brasil.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental de abordagem quantitativa, do tipo exploratório-descritiva, com caráter analítico e interpretativo. Segundo Appolinário (2011), documento designa qualquer suporte com informações registradas que possa servir para consulta, estudo ou prova. Como produto social, o documento manifesta as relações de poder existentes na sociedade. Não são, portanto, produções isentas, ingênuas; traduzem subjetividades e determinações sociais constituídas por grupos e/ou instituições em um dado tempo e espaço (Bardin, 2016).

Contexto e fontes de informação

O estudo foi realizado na cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte (RN), na região Nordeste do Brasil. O estado possui um pouco mais de 3,5 milhões de habitantes (IBGE, [2015]) e características demográficas que acompanham a tendência global

de aumento significativo da população idosa. Associa-se um aumento substancial da expectativa de vida de quase 140% nos últimos 40 anos, passando de 55,5 anos, em 1980 (Albuquerque; Senna, 2005), para 76,4 anos, em 2019 (IBGE, 2018a). Vincula-se ainda uma taxa de fecundidade total de apenas 1,65, que, além de ser menor do que a reposição, é a segunda menor taxa considerando as unidades federativas (UF) do Brasil (IBGE, 2018b). Ademais, o RN apresenta a segunda maior taxa relativa ao Índice de Longevidade entre as UF - que avalia o processo de ampliação do segmento de idosos longevos -, atrás apenas da Paraíba (IBGE, 2018a). Esses indicadores representam o aumento de uma faixa etária ainda mais suscetível às fragilidades físicas, mentais e com maiores necessidades de cuidado.

Definimos como marco legal um recorte cronológico posterior à Constituição de 1988, que abrange o primeiro momento importante de garantia de direitos aos idosos no contexto da seguridade social, destacando-se os direitos à saúde, à previdência e à assistência social. Elencamos, assim, documentos nacionais que orientam a formulação e a implementação de políticas públicas destinadas à garantia da proteção social e da dignidade da pessoa idosa: as Leis Orgânicas da Saúde (Brasil, 1990a, 1990b); a Lei Orgânica da Assistência Social (Brasil, 1993); a Política Nacional do Idoso (PNI) (Brasil, 1994); a regulamentação da PNI (Brasil, 1996); a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (Brasil, 1999); a lei de prioridade de atendimento às pessoas com deficiência, aos idosos, às gestantes e às lactantes (Brasil, 2000); a implantação de redes estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Brasil, 2002b); as normas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (Brasil, 2002c); a criação do Conselho Nacional do Idoso (Brasil, 2002a); o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003); o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a); e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Brasil, 2006b).

Tratamento e análise dos dados

A análise de conteúdo foi dividida em três fases, conforme proposição de Bardin (2016): (1) pré-análise;

(2) exploração do material; e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise corresponde à fase de organização, sendo constituída por cinco etapas: (1) leitura flutuante, que compreende o contato inicial com os documentos da coleta de dados; (2) escolha dos documentos para demarcação do que será analisado; (3) (re)formulação das hipóteses e dos objetivos; (4) referenciação dos índices e elaboração de indicadores; e (5) preparação do material mediante trechos e comentários que possam ilustrar o que se pretende discutir. Após esses processos, começam a aparecer os temas de análise, o chamado corpus da pesquisa (Bardin, 2016).

O corpus foi constituído por 13 textos, correspondentes ao número de documentos analisados. Como critério de inclusão, adotamos os trechos que expressam os aspectos sutis da sociedade e as modalidades de funcionamento que legitimam a ideologia da velhice. Excluímos os trechos que mesmo relacionados à pessoa idosa são direcionados ao contexto penal.

Na exploração do material (codificação), o objetivo é compreender o significado dado pelos envolvidos no estudo ao corpus da pesquisa. Nessa fase, utilizamos de forma complementar as técnicas de classificação hierárquica descendente (CHD) e a análise de similitude, a partir do software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ), ancorado no ambiente estatístico do software R e na linguagem python. Essas técnicas fornecem subsídios para auxiliar uma análise textual, a partir da avaliação da conexidade entre as palavras e os contextos que se apresentam no corpus (Camargo; Justo, 2018).

A CHD visa a obtenção de classes de segmentos de texto (ST), que apresentam vocabulário semelhante entre si e diferente dos segmentos das outras classes, considerando, para tanto, a frequência absoluta e a associação entre as palavras com base no coeficiente de qui-quadrado (χ^2). Apenas as formas ativas são consideradas nos cálculos, em detrimento das palavras que não são

chaves para constituição do corpus, tais como preposições, conjunções e artigos. Para cada classe, foi computada uma lista de palavras, sendo intituladas pelos autores em função das características textuais apresentadas. A análise de similitude complementou a investigação mediante o estabelecimento da apreensão e das conexões das principais formas que compuseram o corpus e, portanto, as classes (Camargo; Justo, 2018).

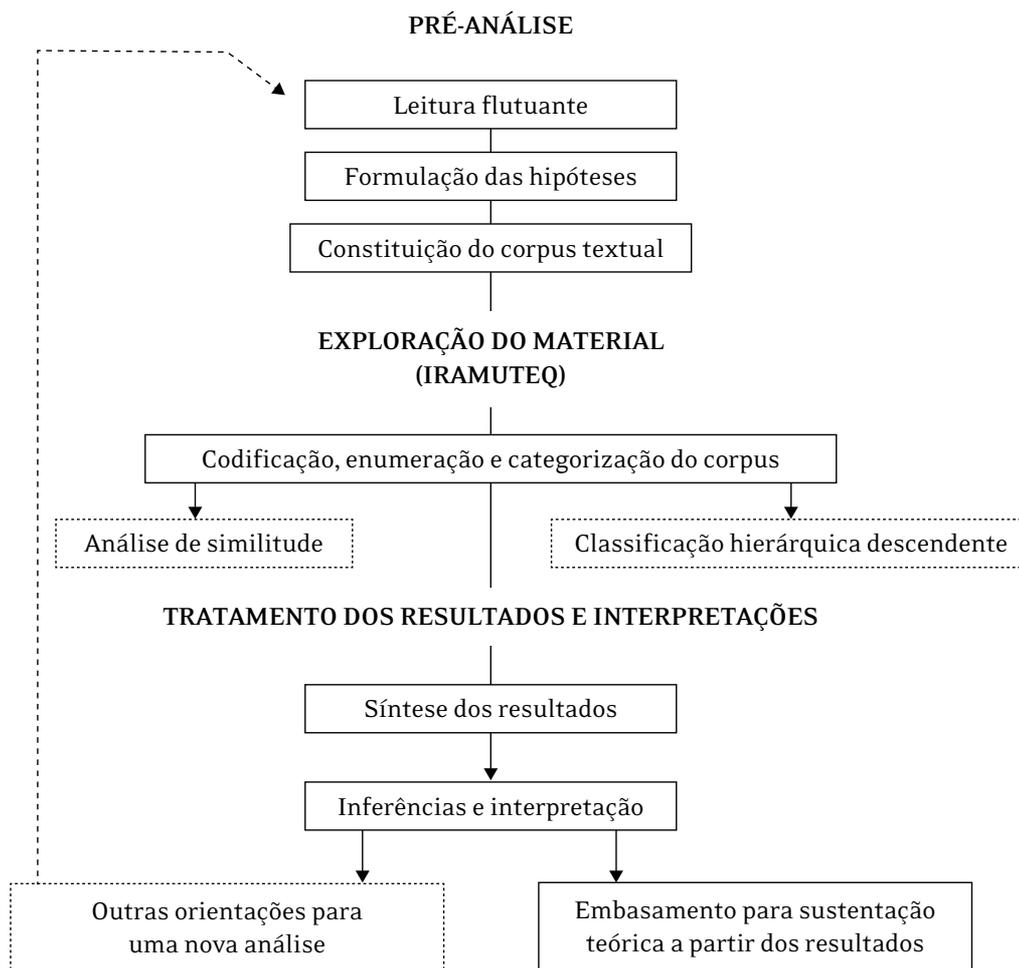
Com base no que foi dito, o software organiza a análise dos dados em um dendrograma que ilustra as relações entre as classes. A ponderação das palavras que constitui a representação gráfica foi dada a partir de três fatores: (1) frequência absoluta; (2) significância e magnitude do χ^2 ; e (3) conexão dos termos que melhor representam a dialética entre o presente e a construção sócio-histórica da organização e das relações de poder existentes na sociedade, implícitas nas políticas consideradas em estudo.

Definimos como parâmetro para análise lexical cortes efetuados a cada 40 caracteres, correspondendo aos ST analisados. Estabelecemos como critérios para inclusão dos elementos em classes (a) a frequência maior que o dobro da média de ocorrências no corpus e (b) a associação com a classe determinada pelo valor de qui-quadrado igual ou superior a 3,84. Consideramos o nível de significância de 5%.

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, à inferência e interpretação. É o momento da análise crítica levando em conta o contexto dos conteúdos manifestos. Um documento é sempre portador de um discurso e, portanto, não pode ser visto como algo literal (Bardin, 2016). Esse estudo utilizou como referencial teórico-analítico a suposição filosófica da biopolítica estruturada por Foucault (2021), de modo a funcionar como premissa para modular e estabelecer formas de ser e de estar das pessoas idosas.

O percurso das etapas previstas que contemplam a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), associada à utilização do IRAMUTEQ, pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma das etapas pertinentes à análise de conteúdo



Fonte: Adaptado de Bardin (2016)

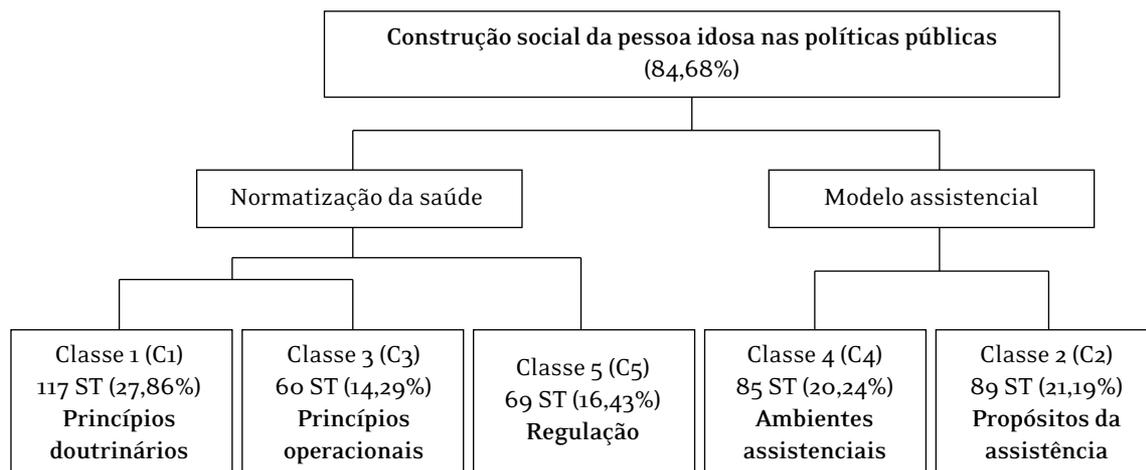
Resultados e discussão

A análise do corpus proveniente dos documentos selecionados denotou 17.828 ocorrências de palavras, apresentadas em 2809 formas distintas. A CHD analisou 496 ST e reteve 84,68% do total, organizado em cinco classes provenientes das dimensões de conteúdo, conforme dendrograma na Figura 2.

Consoante a Tabela 1, as políticas mais prevalentes na fundamentação das classes foram

o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a) e a PNSPI (Brasil, 2006b). Até pouco tempo, a legislação relativa à atenção ao idoso era fragmentada, o que tem sido superado desde a aprovação do Estatuto do Idoso, que apresentou, em uma única e ampla peça legal, muitas das leis e políticas previamente aprovadas. Ademais, tais dispositivos legais de proteção à pessoa idosa ainda são os mais atuais e robustos, mesmo que sancionados há mais de 14 anos.

Figura 2 – Dendrograma da classificação hierárquica descendente das diferentes concepções relacionadas à construção social da pessoa idosa nas políticas públicas. Natal, 2020



Palavras (classe)	%	X ²
Princípio (C1)	93,8	35,9
Promoção (C1)	62,3	35,7
Integralidade (C1)	68,8	13,8
Universal (C1)	100	13,1
Envelhecimento saudável (C1)	100	13,1
Envelhecimento ativo (C1)	100	13,1
Participação (C3)	42,6	34,5
Controle (C3)	68,2	55,1
Formação (C3)	73,3	44,3
Ouvidoria (C3)	100	30,4
Informação (C3)	57,7	42,7
Educação (C3)	52,4	26,2

Palavras (classe)	%	X ²
Ministério (C5)	83,3	61,3
Órgão (C5)	88,9	35,2
Currículo (C5)	100	41,5
Norma (C5)	66,7	16,9
Fiscalização (C5)	75	10,1
Elaboração (C5)	75	20,4

Palavras (classe)	%	X ²
Hospital (C4)	71,4	48,7
Domiciliar (C4)	80	58,8
Casa (C4)	100	32,1
Ambulatorial (C4)	87,5	22,9
Atendimento (C4)	65,2	64,7
Consulta (C4)	100	15,9
Capacidade (C2)	75	28,8
Funcional (C2)	80,8	58,9
Independência (C2)	78,6	28,6
Doença (C2)	73,1	44,7
Crônico (C2)	100	30,3
Biomédico (C2)	100	18,8

Tabela 1 – Predominância das políticas na construção das classes a partir da classificação hierárquica descendente

Classes	Políticas (ano)	%	X ²
Classe 1 – Princípios doutrinários	Pacto pela Saúde (2006)	50,91	16,73
	PNSPI (2006)	42,24	16,5
Classe 2 – Propósitos da assistência	PNSI (1999)	49,23	36,21
	Portaria nº 702 (2002)	57,14	5,51
	PNSPI (2006)	30,17	7,74

continua...

Tabela 1 – Continuação

Classes	Políticas (ano)	%	X ²
Classe 3 – Princípios operacionais	Lei nº 8080 (1990)	30	4,24
	Lei nº 8142 (1990)	75	12,16
	Pacto pela Saúde (2006)	43,64	44,52
Classe 4 – Ambientes assistenciais	Portaria nº 249 (2002)	69,44	59,06
	Estatuto do Idoso (2003)	40,68	17,77
Classe 5 – Regulação	PNI (1994)	42,86	11,25
	Decreto nº 1948 (1996)	62,5	39,35
	Estatuto do Idoso (2003)	37,29	21,75

O software dividiu o corpus em duas dimensões, com diferentes concepções relacionadas à construção social da pessoa idosa nas políticas públicas:

(1) Normatização da saúde: composta pelas classes 5, 1 e 3, agrupando 246 ST (58,58%);

(2) Modelo assistencial: composto pelas classes 2 e 4, agrupando 174 ST (41,43%).

O conteúdo da partição “Normatização da saúde” tratou de aspectos pertinentes aos princípios doutrinários e operacionais para a concretização e legitimidade das ações por instituições reguladoras. Deu-se ênfase aos princípios da universalidade e à promoção do envelhecimento ativo e saudável organizados pela participação e pelo controle social, assim como pela produção de informação por intermédio da educação popular e da formação profissional reguladas por ministérios, a partir da normatização e da estrutura curricular. Essa partição é formada pelas classes 1 - “Princípios doutrinários” - e 3 - “Princípios operacionais” - , que se complementam e são englobadas pela classe 5 - “Regulação”.

A classe 5 foi composta por 124 formas ativas, das quais 89 foram significativas (p-valor<0,05). Ressalta-se os mecanismos e as instituições que regulam e prescrevem os princípios doutrinários e operacionais para a normatização da saúde. As palavras “órgão” e “ministério” remetem à esfera administrativa, enquanto as palavras “currículo”, “norma”, “fiscalização” e “elaboração” associam-se aos mecanismos operacionais da regulação.

Destacamos outras formas: “público”, “conteúdo”, “disciplina” e “transmissão”. A classe 1, com maior agrupamento de ST (27,86%), apresentou 137 formas ativas, das quais 93 foram significativas (p-valor<0,05). Trata-se de mecanismos que conferem legitimidade às ações das políticas voltadas à pessoa idosa. As palavras “integralidade”, “universal”, “promoção” e o próprio princípio fundamentam a gestão, objetivando atingir o propósito do envelhecimento ativo e saudável. Destacamos, ainda, as seguintes formas: “direito”, “defesa”, “portaria” e “pacto”. A classe 3 foi composta por 98 formas ativas, das quais 84 foram significativas (p-valor<0,05), comportando-se de forma complementar à classe 1. As palavras “formação”, “educação” e “informação” orientam o funcionamento da formação dos diferentes agentes do sistema para transmitir a informação à população em geral, legitimando e moldando mecanismos de participação e controle social, como as ouvidorias. Outras formas reforçam os pressupostos da classe: “divulgação”, “implementar”, “gestão” e “formulação”. As seguintes extrações representam esse contexto:

1. Incluir a gerontologia e a geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores, desenvolver programas educativos - especialmente nos meios de comunicação -, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento e apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade (classe 5) (Brasil, 1994).

2. Ao ministério da justiça cabe encaminhar as denúncias ao órgão competente do poder executivo ou do Ministério Público, para defender os direitos do idoso junto ao poder judiciário e zelar pela aplicação das normas sobre o idoso, determinando ações para evitar abusos e lesões de seus direitos (classe 5) (Brasil, 1996).
3. O idoso tem direito à moradia digna no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada (classe 5) (Brasil, 2003).
4. Na promoção da saúde, o pacto pela vida objetiva elaborar e implantar a política nacional de promoção da saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a integrar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo (classe 1) (Brasil, 2006a).
5. A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde (classe 1) (Brasil, 2006b).
6. Junto à população em geral, apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do Sistema Único de Saúde (SUS), e implementar ouvidoria municipal, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS (classe 3) (Brasil, 2006a).
7. Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde do idoso, estímulo à participação social e fortalecimento do controle social, formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde do idoso, divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (classe 3) (Brasil, 2006b).

A racionalidade política, cuja principal característica é a regulamentação da vida (Foucault, 2021), reforça a imagem equivocada de uma velhice homogênea. Os discursos produzidos

se dão pelas concessões legais subordinadas a uma racionalidade biomédica que se ancora na geriatria e na gerontologia, as quais, por sua vez, determinam biografias a partir de um amplo receituário voltado a aspectos estritamente biológicos. Portanto, tutela-se a velhice ajustada aos interesses capitalistas (Costa; Soares, 2018).

Dessa maneira, é possível destacar que o Estado reverbera a transformação do velho em objeto de reeducação constante. Oferta-se uma educação popular associada a programas voltados ao lazer, ao esporte, à qualidade de vida e aos grupos de convivência instituídos por equipes multiprofissionais, que reproduzem um modelo biomédico de assistência (Haddad, 2017). Não se trata de uma educação emancipatória perante uma consciência ingênua para promover uma transformação social, mas para que esses permaneçam sob controle, a fim de evitar depressão, comorbidades, colocação nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), perda da funcionalidade e manutenção de vínculos familiares, diminuindo, assim, o ônus que os velhos representam ao capitalismo (classe 5) (Haddad, 2017).

No intuito de diminuir os custos sociais da velhice, as instituições de poder propõem mudanças em direção a uma “reprivatização” da velhice, que valoriza a responsabilidade individual e a culpabilização dos idosos negligentes com seu corpo, tornando-os os únicos responsáveis pela sua condição de saúde (Debert, 2004). A ideologia da velhice é doutrinária, e o sucesso de cada existência é definido pela capacidade de integração nessas novas ordens sociais, pelo cuidado de si e pela prevenção da velhice. Negar a velhice e despolitizar as pessoas legitimam a desresponsabilização do Estado e a baixa qualidade dos serviços ofertados para os idosos (Costa; Soares, 2018).

Os princípios que doutrinam as políticas de proteção social à pessoa idosa (classe 1) retratam a promoção de um envelhecimento universal, ativo e saudável. Forja-se uma multiplicidade de discursos moralizantes para sustentação doutrinária. Sendo assim, os sujeitos ativos são prudentes e “fazem escolhas” sob a tutela da racionalidade biomédica por intermédio de um amplo receituário, que promete assegurar o triunfo da saúde e a

ausência da doença. Tais discursos abstraem a causalidade estrutural das condições de existência das pessoas e materializa-se em diversas práticas sociais correntes, destacando-se as políticas de saúde marcadas por discursos apoiados em normativas segundo uma visão biomédica de saúde (Furtado; Szapiro, 2016).

Em uma sociedade que tem o jovem e a jovialidade como seus maiores expoentes, as marcas da velhice necessitam ser reparadas. O envelhecimento ativo e saudável amplia, no plano cronológico, o tempo de vida produtivo e constitui premissas basilares para o discurso do envelhecimento bem-sucedido (Rougemont, 2019). Porém, seguir as imposições de uma racionalidade biomédica é possível apenas para alguns idosos. Muitos são marginalizados e ainda sofrem preconceito quando necessitam se reafirmar no mercado de trabalho por serem velhos e não apresentarem os pré-requisitos necessários ao mundo competitivo.

Para operacionalização dos princípios instituídos nas políticas públicas, destacamos a participação e o controle social, a formação profissional e a educação permanente dos profissionais de saúde (classe 3). Porém, algumas premissas contidas nas políticas confrontam o ideário neoliberal que, desde a Declaração de Alma-Ata, mobilizou-se para centralizar as decisões e enfraquecer a organização social no planejamento e gestão em saúde (Navarro, 2008).

A própria formação e educação permanente dos profissionais de saúde apresentam relações históricas com a estruturação do modelo hegemônico biomédico. No Brasil, o modelo de educação em saúde é caracterizado como uniprofissional, fragmentado e cada vez mais especializado. Forma-se profissionais de saúde resistentes às mudanças e desprovidos de uma construção diante dos valores de promoção da saúde. Assim, é reproduzido um conservadorismo institucional mascarado de objetividade técnica (Viana; Terra, 2021).

Outra partição destacada nas políticas públicas foi o modelo assistencial/biomédico, associado ao cenário histórico-social de interesses de classes e à evolução dos sistemas e políticas de saúde. Conforme a Figura 2, centraliza-se na doença, no médico, no atendimento hospitalar e domiciliar, buscando

a manutenção da independência e a capacidade funcional da pessoa idosa. Essa partição é formada pelas classes 4 - “Ambiente assistencial” - e 2 - “Propósito da assistência” -, que se complementam.

A classe 4 foi composta por 115 formas ativas, das quais 94 foram significativas (p -valor $<0,05$). Destacam-se as palavras “hospital”, “domiciliar”, “casa” e “ambulatorial”, as quais caracterizam os ambientes de atendimento/consulta. As seguintes formas reforçam o sentido da classe: “centro”, “lar”, “unidade” e “assistência”. A classe 2 foi composta por 119 formas ativas, das quais 77 foram significativas (p -valor $<0,05$). Destacam-se as palavras “capacidade”, “funcional” e “independência”, que denotam o propósito do modelo assistencial, ao passo que as palavras “doença”, “crônico” e “biomédico” caracterizam o modelo assistencial ainda centrado na doença. Destacamos, ainda, as seguintes formas: “hospitalização”, “diagnóstico”, “agravo” e “perda”. As seguintes extrações representam esse contexto:

1. Os idosos com quadro clínico compensado e estável, em condições de atendimento ambulatorial e que possuam suporte familiar devem ser, prioritariamente, encaminhados para os serviços de hospital geriátrico ou ambulatório especializado em saúde do idoso da rede estadual de assistência à saúde do idoso, como forma de garantir a preservação de sua autonomia, capacidade funcional e reintegração familiar e social. Os idosos com quadro clínico compensado e estável, mas sem condições de se locomoverem e que possuam suporte familiar devem ser, prioritariamente, encaminhados para os serviços de assistência domiciliar, como forma de garantir a preservação de sua autonomia, capacidade funcional e reintegração familiar e social (classe 4) (Brasil, 2002c).
2. Deverão estar concentrados estudos visando a avaliação da capacidade funcional, prevenção de doenças, vacinações, estudos de seguimento e desenvolvimento de instrumentos de rastreamento (classe 3) (Brasil, 1999).
3. A PNSI assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua

capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (classe 3) (Brasil, 2006a).

Submetido aos imperativos capitalistas, o SUS assume como modelo a racionalidade das organizações vinculadas aos interesses privatistas e lucrativos da sociedade capitalista, legitimando a perspectiva neoliberal de saúde (Furtado; Szapiro, 2016; Viana; Terra, 2021). O modelo assistencial ainda é essencialmente reativo, fragmentado, episódico e congruente às demandas e eventos agudos, mesmo diante de um cenário de alta necessidade de cuidado das enfermidades complexas e onerosas, típicas da pessoa idosa, caracterizado por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que perduram por anos e requerem cuidados constantes.

Diante desse cenário, tem-se buscado alternativas para evitar uma sobrecarga do sistema de saúde e amenizar o impacto financeiro a partir da apologia do “saber envelhecer”, que consolida a ausência de espaço para a velhice decorrente do descuido pessoal e do baixo engajamento em atividades saudáveis e em programas que propiciem uma melhor qualidade de vida para o idoso ativo e saudável. Tais evidências ressaltam a capacidade funcional (classe 2) como um dos princípios transversais às políticas públicas e notadamente essenciais em todas as representações dos resultados nesse estudo, que se junta ao discurso da racionalidade biomédica, bastante destacado na política mais recente de proteção à pessoa idosa (PNSPI) (Brasil, 2006b), reforçando concepções de independência, autonomia, saúde e produtividade.

Os ambientes assistenciais expostos na classe 4 resultam de políticas tipicamente neoliberais, as quais evidenciam, além de um modelo voltado ao hospital, um caráter “familista”, o qual expressa a centralidade da família e da comunidade como sujeitos e objetos do cuidado em saúde. A proposta é maximizar recursos humanos e materiais por meio da transferência de custos dos cuidados à família, ignorando o subfinanciamento crônico dessa política social. Essa perspectiva não só aumenta os custos de cuidado ofertados pelas famílias, mas também altera

a estrutura e a organização social da comunidade, implicando, por vezes, na renúncia do trabalho remunerado para exercer o cuidado informal da pessoa idosa.

É pertinente questionar até que ponto os cuidadores familiares poderão suprir uma demanda quando estes já são negligenciados pelo próprio Estado, pois, em sua maioria, são os maiores demandantes do sistema de saúde público e vivenciam uma vulnerabilidade econômica e social. Configura-se mais uma ação típica de estados neoliberais, que limita cada vez mais as políticas de bem-estar social em detrimento da saúde e da economia. Os discursos da “humanização” e do “empoderamento” individual e familiar revelam um modelo de atenção à saúde que parece ser estratégico ao processo que Soares (2010) chamou de “contenção de demanda” por leitos e cuidado profissional no SUS, tão caras à contrarreforma da saúde.

O ideário neoliberal, legitimado por uma racionalidade biomédica, contrapõe-se também a institucionalização dos idosos nas ILPI. Reduz-se a velhice à utilidade para que os idosos não se tornem uma pária para o Estado, além de sensibilizar e responsabilizar as famílias pelo papel de cuidadoras de idosos. A racionalidade biomédica ancora-se no saber médico para denunciar os maus-tratos, a solidão, o abandono e a imensa inutilidade a que são submetidos os velhos nas ILPI, ao mesmo tempo que se investe na subjetivação da velhice como um fenômeno de “medicalização” da vida social, simbolizando o envelhecimento como um evento a ser evitado (Antônio, 2020). A velhice é presumida como uma espécie de segredo vergonhoso: não se pode externar as marcas do tempo para não evidenciar a proximidade de uma “inutilização” ou outra forma de utilização enquanto sujeitos produtores de capital.

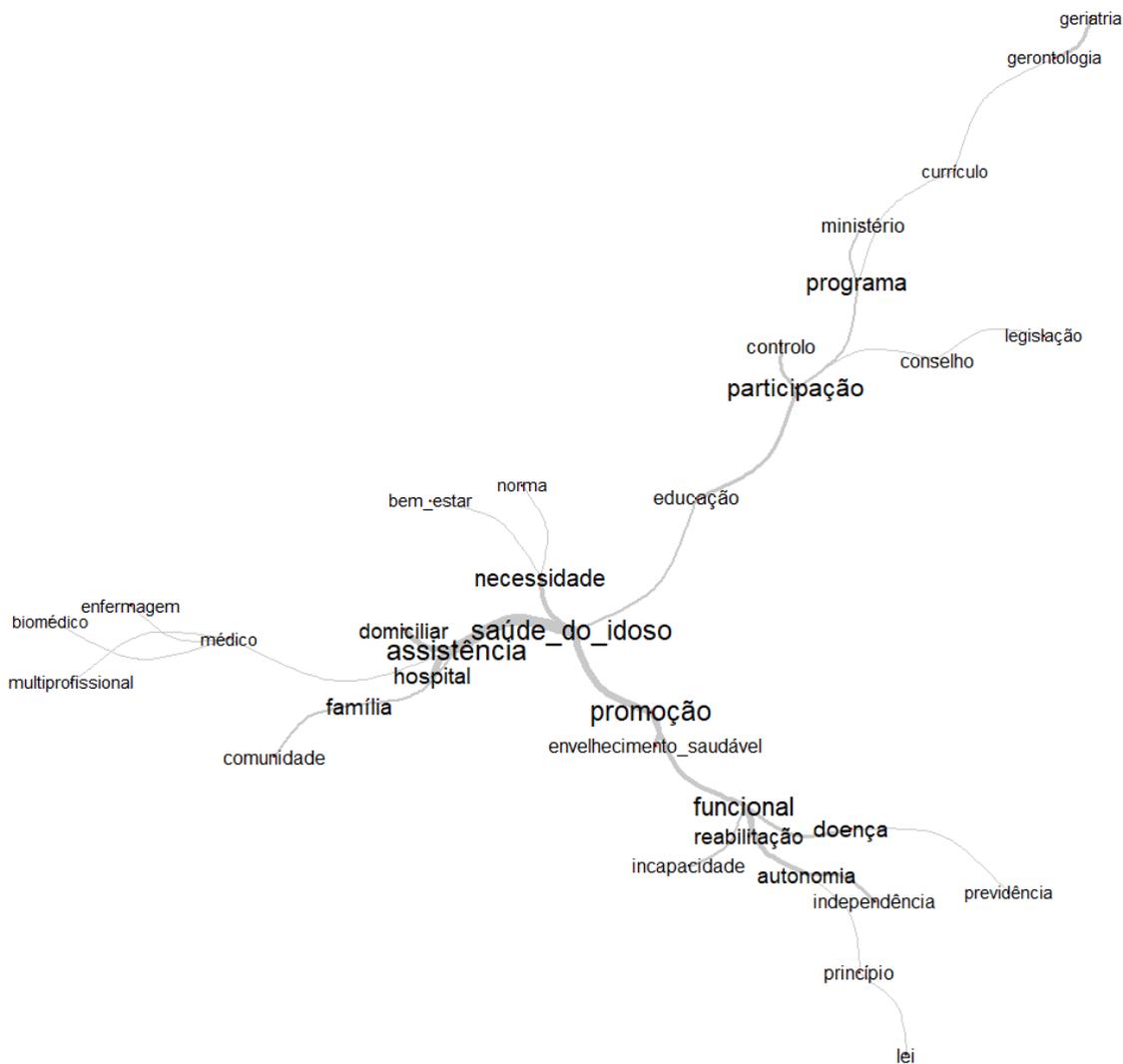
A única velhice acolhida é determinada sob os signos da saúde, da jovialidade, do engajamento, da produtividade, da autoconfiança e da sexualidade ativa. A racionalidade biomédica implícita nas políticas de envelhecimento produz uma subjetividade social, dado que, uma vez transmitida a informação de um envelhecimento ativo e saudável, exigindo da pessoa idosa esforço para corresponder ao que é esperado dela. Diante da impossibilidade de

se adequar a esse modelo, o idoso acaba se assumindo desviante, responsabilizando-se pelo “fracasso” (Paulino; Siqueira; Figueiredo, 2017).

Complementar aos resultados, a análise de similitude sintetiza as classes descritas, tal como as palavras destacadas indicam a estrutura das construções sociais da pessoa idosa diante das políticas públicas (Figura 3). O núcleo central é representado pela saúde do idoso. Os ramos que apresentam maiores graus de conexidade com o núcleo são: assistência, promoção e necessidade. A assistência é representada pelos

meios que possibilitam o cuidado, sendo eles o hospital, o domicílio, o médico e a família. O núcleo promoção evidencia, por seu turno, ações associadas para promover a capacidade funcional do idosos, como reabilitação, independência e prevenção de doenças. O núcleo necessidade, por sua vez, refere-se ao contexto pelo qual é direcionada a saúde do idoso. Ressalta-se, também, o núcleo participação, que está associado às questões legislativas e aos conselhos, bem como às normativas determinadas pela racionalidade biomédica, pela geriatria e pela gerontologia.

Figura 3 – Análise de similitude no corpus “Construção social da pessoa idosa nas políticas públicas”. Natal, 2020



A Figura 3 demonstra, ainda, que a saúde do idoso é determinada pelas instituições normativas das especialidades profissionais, pelas áreas de conhecimento da geriatria e da gerontologia e pelos programas ministeriais que favorecem a participação na gestão e uma educação popular.

Podemos observar, também, um outro mecanismo de poder e de produção de assujeitamento, diretamente associado à capacidade funcional: a previdência. O segurado, no geral, segue os preceitos regulatórios impostos pelo Estado, constitui um trabalhador infatigável e passivo, que não resiste e exerce um baixo protagonismo sociopolítico nas instâncias de decisão. Ao mesmo tempo que o aumento da expectativa de vida representa um custo social, o fortalecimento da previdência passa pela “reprivatização” da velhice (Debert, 2004). Assim, prorroga-se a aposentadoria, determina-se a adoção de comportamentos saudáveis e a contínua vigilância para manutenção de corpos úteis e produtivos.

Além da necessidade iminente de ajustar políticas de proteção social à pessoa idosa, uma vez que os documentos mais recentes datam de 2006, é necessária a criação de espaços e equipamentos sociais diversificados, de modo a garantir e estimular a participação e o controle social; o exercício de cidadania; a responsabilidade coletiva; a autonomia; os deveres e direitos individuais; e a identidade do idoso (Monte-Serrat et al., 2019). A falta de consciência política sustenta o baixo protagonismo social enfrentado pelas pessoas idosas cotidianamente (Monte-Serrat et al., 2019). Essa construção despolitizada e direcionada ao produtivismo enfraquece a mobilização social em prol de condições dignas de existência.

Considerações finais

Apesar do interesse das instituições de poder, destacadamente o Estado e a racionalidade biomédica, em uniformizar a velhice para potencializá-la e determinar a vida das pessoas idosas sob uma vigilância permanente, a velhice inexistente em propriedades substanciais dotadas de características universais. Logo, os interesses hegemônicos do modo capitalista de produção desnaturalizam o envelhecimento e ocultam a

realidade vivida pela pessoa idosa durante toda a trajetória de sua vida, pondo termo ao que é denominado problemática social da velhice. Assim, caracteriza-se um “estelionato existencial”, em que o sentido da vida é determinado pelas instituições de poder a partir de um viés produtivista. Reduz-se o ser humano a objeto, produz uma exaustão prematura da própria força de trabalho e “reprivatiza” a velhice, culpabilizando os idosos acerca da sua condição de saúde ou subvertendo o cuidado direcionado à própria família.

A transformação da realidade e a garantia de uma velhice digna passam pela compreensão dos mecanismos políticos de poder que modelam nossa trajetória de vida. Para isso, dois aspectos são fundamentais: (1) consciência política coletiva adquirida com uma educação emancipatória ao longo da vida, assegurando a mobilização popular como um instrumento de mudança social perante um poder hegemônico regulatório; e (2) legitimação do protagonismo sociopolítico nos espaços decisórios societários, consolidando princípios de participação e controle social estabelecidos pelo SUS, para que os idosos possam reivindicar políticas que atendam aos seus anseios e às suas necessidades sociais.

As instituições de poder naturalizam a desigualdade social e culpam as próprias vítimas pela sua existência. Nesse sentido, elas não se preocupam, de fato, com as políticas enquanto um instrumento social, as quais visam um fim coletivo, a não ser aquelas meramente assistenciais que não transformam vidas, mas atenuam as revoltas e a violência estrutural. Nesse sentido, restringem-se às ações voltadas aos aspectos econômicos, que mesmo diante de um crescimento, continuam a marginalizar grande parte da população. Como defende Comin (2019), os principais obstáculos para um bem-estar social no Brasil estão associados a processos políticos e não econômicos.

Generalizar o que pode ser vivido por apenas uma minoria de velhos e, ainda, culpá-los pela incapacidade de seguir um amplo receituário do envelhecimento sem velhice, é um dos mais cruéis exercícios da opressão econômica. Desse modo, é preciso ressaltar a gênese dos problemas sociais enfrentados na velhice e ressignificar a pessoa idosa diante de preceitos multidimensionais que caracterizam a

nossa vida. Com isso, esperamos quebrar paradigmas institucionalizados que fragmentam esse período e dificultam a construção e a efetivação de políticas de proteção social para maioria dos idosos submetidos aos imperativos capitalistas.

Referências

ALBUQUERQUE, F. R. P. C.; SENNA, J. R. X.

Tábuas de mortalidade por sexo e grupos de idade: grandes regiões e unidades da federação: 1980, 1991 e 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

ANTÔNIO, M. Envelhecimento ativo e a indústria da perfeição. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 1, e190967, 2020. DOI: 10.1590/S0104-12902020190967

APPOLINÁRIO, F. *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico.* 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. *Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996.* Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 21 mar. 2020.

BRASIL. *Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002.* Cria o Conselho Nacional do Idoso - CNDI, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2002a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4227.htm>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990.* Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 23 fev. 2020.

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.* Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais

de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 23 fev. 2020.

BRASIL. *Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.* Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 24 fev. 2020.

BRASIL. *Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.* Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 8 mar. 2020.

BRASIL. *Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.* Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm>. Acesso em: 22 fev. 2020.

BRASIL. *Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003.* Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 16 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999.* Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002.* Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de redes estaduais de Assistência à Saúde do idoso. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4397.html>>. Acesso em: 16 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 249, de 16 de abril de 2002.* Aprova as normas para

- cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, DF, 2002c. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6162&versao=integra>. Acesso em: 23 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2006/prto399_22_02_2006.html>. Acesso em: 20 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006b. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 18 mar. 2020.
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. *Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ*. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição da Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- COMIN, A. A. Economic Development and Inequalities in Brazil: 1960-2010. In: ARRETICHE, M. T. S. *Paths of Inequality in Brazil: A Half-Century of Changes*. Berlin: Springer, 2019. p. 287-307.
- COSTA, D. G. S.; SOARES, N. Envelhecimento e velhices: heterogeneidade no tempo do capital. *Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 25, n. 2, p. 57-68, 2018.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp, 2004.
- FERNÁNDEZ LIRIA, C.; GARCÍA FERNÁNDEZ, O.; GALINDO FERRÁNDEZ, H. *Escuela o barbárie: entre el neoliberalismo salvaje y el delirio de la izquierda*. Madrid: Akal, 2017.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Paz e Terra, 2021.
- FURTADO, M. A.; SZAPIRO, A. M. Política Nacional de Promoção da Saúde: os dilemas da autonomização. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 277-289, 2016. DOI: 10.1590/S0104-12902016149175
- HADDAD, E. G. M. *A ideologia da velhice*. São Paulo: Cortez, 2017.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades e estados*: Rio Grande do Norte. IBGE, Rio de Janeiro, [2015]. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rn.html>>. Acesso em: 3 mar. 2020.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Tabelas*: Projeção da população do Brasil e das unidades da federação por sexo e idade para o período 2010-2060. Projeções da população por sexo e idades. Rio de Janeiro, 2018a. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 12 ago. 2020.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tabela de indicadores selecionados por UF: projeção da população (revisão 2018). *Agência IBGE Notícias*, Rio de Janeiro, 2018b. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detelhe-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=2187>>. Acesso em: 17 jul. 2022.
- MATOS, R. K. S.; VIEIRA, L. L. F. Fazer viver e deixar morrer: a velhice na era do biopoder. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 34, n. 1, p. 196-213, 2014. DOI: 10.1590/S1414-98932014000100014
- MONTE-SERRAT, D. M. et al. Realidade e mito sobre apoio legal em saúde e qualidade de vida de brasileiros idosos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, e190146, 2019. DOI: 10.1590/Interface.190146
- NAVARRO, V. Neoliberalism and its Consequences: The World Health Situation Since Alma Ata. *Global Social Policy*, New Delhi, v. 8, n. 2, p. 152-155, 2008. DOI: 10.1177/14680181080080020203

PAULINO, L. F.; SIQUEIRA, V. H. F. D.; FIGUEIREDO, G. D. O. Subjetivação do idoso em materiais de educação/comunicação em saúde: uma análise na perspectiva foucaultiana. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 943-957, 2017. DOI: 10.1590/S0104-12902017161399

ROUGEMONT, F. Medicina anti-aging no Brasil: controvérsias e a noção de pessoa no processo de envelhecimento. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 62, n. 2, p. 403-431, 2019. DOI: 10.11606/2179-0892.ra.2019.161077

SOARES, R. C. S. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do serviço social nos anos 2000. In: MOTA, A. E. (Org.). *As ideologias da contrarreforma e o serviço social*. Recife: Editora UFPE, 2010. p. 337-382.

VIANA, M. M. O; TERRA, L. S. V. Formación Paideia en atención primaria: análisis de la democracia institucional y las relaciones de poder en las prácticas laborales en salud. *Salud Colectiva*, Lanús, v. 17, e3298, 2021. DOI: 10.18294/sc.2021.3298

Contribuição dos autores

Lima participou da coordenação da pesquisa, concepção e revisão crítica do artigo. Salvador participou do delineamento e revisão crítica do artigo. Oliveira participou da concepção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Recebido: 25/9/2022

Reapresentado: 14/10/2021; 29/3/2022; 27/7/2022; 25/9/2022

Aprovado: 19/12/2022