

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL -
DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Miriam Cabrera Corvelo Delboni

**A PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL E NO BRASIL**

Santa Cruz do Sul
2017

Miriam Cabrera Corvelo Delboni

**A PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL E NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, área de concentração em Desenvolvimento Regional, linha de pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa.

Santa Cruz do Sul
2017

D344p

Delboni, Miriam Cabrera Corvelo

A participação dos idosos na implementação das políticas públicas de saúde em Portugal e no Brasil / Miriam Cabrera Corvelo Delboni. – 2017.

222 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2017.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvia Virginia Coutinho Areosa.

1. Saúde do idoso. 2. Política pública. 3. Envelhecimento – Aspectos sociais. I. Areosa, Silvia Virginia Coutinho. II. Título.

CDD: 362.6

Bibliotecária responsável Edi Focking - CRB 10/1197

Miriam Cabrera Corvelo Delboni

**A PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL E NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, área de concentração em Desenvolvimento Regional, linha de pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Regional.

Profa. Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa
Professora Orientadora – Unisc

Profa. Dra. Paula Cristina Almeida Cadima Remoaldo
Professora Examinadora – Universidade do Minho

Prof. Dr. Marco Aurélio de Figueiredo Acosta
Professor examinador – UFSM

Profa. Dra. Claudia Tirelli
Professora examinadora – Unisc

Profa. Dra. Cristiane Davina Redin Freitas
Professora examinadora – Unisc

Santa Cruz do Sul
2017

*Dedico esta tese aos amores essenciais na
minha vida:
Denis e Júlia,
Sem vocês, não conseguiria!
Obrigada pela parceria na jornada da vida.
O amor de vocês me fortalece.*

*Aos meus amados, in memoriam:
Vó – Maria,
Pai – Moisés
Mãe – Belinha
Trouxeram-me até aqui e vocês teriam
gostado!
Obrigada por sempre estarem comigo e
terem me ajudado a ser quem eu sou.
Devo tudo a vocês.*

AGRADECIMENTOS

Ao Deus Supremo, que me guia e permite cada passo da minha caminhada.

À minha orientadora, Profa. Dra. Sílvia Virgínia Coutinho Areosa, pela dedicação e interesse nesta pesquisa: que nossa parceria e amizade sigam com muitos frutos, minha eterna gratidão.

Às Professoras Dra. Maria Clara Costa de Oliveira e a Dra. Paula Cristina Almeida Cadima Remoaldo, pelo acolhimento e pelo direcionamento desta pesquisa em Portugal. Desejo que tenhamos mais encontros e trabalhos pela frente.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por me ter concedido duas bolsas de estudo durante o percurso no doutoramento: uma para o Doutorado Sanduíche na Universidade do Minho, em Braga/Portugal, e outra para as mensalidades do programa.

Aos sujeitos que me receberam e se disponibilizaram para que essa pesquisa pudesse ser realizada, meu sincero respeito e agradecimento.

Agradeço as três universidades que foram fundamentais para que eu pudesse realizar esta capacitação. A primeira delas, a Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), por meio do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR) e de seus docentes, por me acolherem e me integrarem ao programa de doutoramento. À Universidade Federal de Santa Maria, por me liberar das minhas funções acadêmicas para o desempenho pleno da capacitação e, nessa oportunidade, agradeço aos colegas do Departamento de Terapia Ocupacional por cobrirem minhas funções. Por fim, à Universidade do Minho, que me acolheu tão prontamente e fez com que me sentisse em casa.

Quero agradecer aos colegas do PPGDR, em especial à amiga Rubia Cristina Marques, por ter me recebido em sua casa e pela construção de uma amizade que não se encerra neste ciclo. Ao Everton, pela imensa ajuda na formatação do Projeto de Qualificação. Ao Rudimar Abreu e demais colegas, pelas gargalhadas e papos descontraídos. À Aline, por ceder sua casa para nossas festas de confraternização. Enfim, vocês foram fundamentais. Seremos sempre os mesmos por onde estivermos.

À Hilda Ribeiro de Deus, mulher incansável, que me ajudou em diversas horas no cuidado de minha mãe para que eu pudesse terminar este projeto. Minha eterna gratidão.

Por fim, às minhas amigas Maria Santos e Aline Ponte, parceiras de profissão e presentes que a vida trouxe para perto de mim. Obrigada por toda a ajuda que vocês me deram. Infinitamente grata.

RESUMO

O fenômeno do envelhecimento populacional é uma realidade mundial e, se ao mesmo tempo é um êxito, também é uma preocupação para as sociedades, sobretudo para os governantes. O aumento considerável das medidas de saúde para as populações no século XX trouxe avanços que muito contribuiu para que o fenômeno da longevidade ocorresse. Dessa forma, a Organização das Nações Unidas (ONU, 2002), em sua II Assembleia sobre o Envelhecimento, criou diretrizes para que os países pudessem pautar as suas políticas para a população que envelhece, criando o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Uma das diretrizes enfatizada é a participação dos idosos nas políticas públicas em todas as instâncias. Para a compreensão sobre como ocorre essa dinâmica da participação do idoso, definiram-se duas regiões de saúde, em dois países, Portugal e Brasil, mais precisamente na Administração Regional de Saúde Norte (ARS/Norte), com sede em Braga, Portugal, e na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS), com sede em Santa Maria, Brasil. O estudo foi realizado sob a perspectiva da participação social do idoso nas políticas públicas e como ator integrante dos processos histórico, cultural, político e econômico de ambos os países. A coleta de dados foi baseada em dados secundários censitários e de leis, diretrizes e documentos de ambos os países, bem como primários, com entrevista semiestruturada a 42 atores sociais, sendo eles idosos e gestores de políticas públicas de ambos os gêneros em Portugal e no Brasil. O material foi analisado sob a técnica de Análise de Conteúdo, de Bardin (2007), aplicada tanto na avaliação dos documentos quanto para a interpretação das entrevistas. Os principais resultados do estudo apontam que, apesar da participação dos idosos ser uma das ênfases nas diretrizes da ONU, identificou-se que tanto no Brasil como em Portugal ela se dá em espaços diferentes e ocorre com singularidades próprias diante do contexto sociocultural de cada país. Há barreiras importantes que dificultam a participação dos idosos, como o desconhecimento sobre as políticas do envelhecimento por parte dos gestores e idosos de ambos os países, que desenvolveram políticas de saúde para o idoso com destaques diferentes para a participação política, social/comunitária avaliativa e com pouco incentivo à participação do gênero feminino, conforme indica a diretriz da ONU.

Palavras-chave: Envelhecimento. Políticas públicas. Participação.

ABSTRACT

The phenomenon of population aging is a world reality and, as the same time a success, it is a concern for societies, especially for the government. The considerable rise of the health measures for populations in the century XX brought advances that have contributed a lot for the longevity phenomenon happen. In this way, the Organization of United Nations, through the *Second World Assembly on Ageing 2002*, developed guidelines that countries could base their policies to the aging population, creating the International Plan of Action for Aging. One of the guiding principles emphasized is the participation of elderly in public policies at all levels. In order to understand how the dynamics of elderly participation are established, were identified two regions of health. Portugal and Brazil, more precisely in the North Region Administration of Health (ARS/Norte), in the city of Braga – Portugal, and in the 4th Regional Coordination of Health of Rio Grande do Sul (4th CRS/RS), in the city of Santa Maria – Brazil. The study was anchored in the perspective of the social participation of elderly in public policies and as key player of historical, cultural, politic and economic processes of both countries. The data gathering was based on data secondary census and laws, guidelines and documents of both countries and, primarily, with semi-structured interviews of both genders in Portugal and Brazil. The material was analyzed under the technique of Content Analysis of Bardin (2007) applied in both documents and interpretations of the interviews. Although the participation of elderly is one of the emphases in the guidelines of UN Both Brazil and Portugal participation took place in different spaces and occur with their own peculiarities in the socio-cultural context of each country. Both countries have developed health policies for the elderly with different emphases for political, social/community participation of women as suggested by the UN guideline.

Keywords: Aging. Public policy. Participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Divisão da regionalização de saúde Norte	24
Figura 2 –	Composição da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde Santa Maria	31
Figura 3 –	Representação Geográfica das NUTS I, II, III em Portugal ...	93
Figura 4 –	Representação dos estados brasileiros divididos por regiões	94
Figura 5 –	Evolução do crescimento da população brasileira de 1872 a 2010	96
Figura 6 –	População portuguesa em 1950 e em 2011	97
Figura 7 –	Distribuição etária relativa (Brasil e América Latina e Caribe, 1975-2050)	102
Figura 8 –	População acumulada até a idade indicada (anos), Brasil, 2000-2050	104
Figura 9 –	Evolução da proporção de idosos de Portugal e Região Cávado	107
Figura 10 –	Taxa de Fecundidade, Brasil e Rio Grande do Sul, 1940- 2010	108
Figura 11 –	Representação do Distrito de Braga	111
Figura 12 –	Representação do Concelho de Braga em Portugal e suas freguesias	112

Figura 13 –	Evolução do número de habitantes no Concelho de Braga de 1801 a 2011	113
	
Figura 14 –	Pirâmide etária da população do Concelho de Braga	113
	
Figura 15 –	Localização do município de Santa Maria, no RS, e divisão distrital	117
	
Figura 16 –	Pirâmide etária do município de Santa Maria	119
	
Figura 17 –	Dinâmica das relações no modo de participação política do idoso	125
	
Figura 18 –	Fontes secundárias utilizadas em Portugal	129
Figura 19 –	Fontes secundárias utilizadas no Brasil	130
	
Figura 20 –	As entrevistas com idosos e gestores portugueses e brasileiros	138
	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento, de abrangência internacional, antes 2002	66
Quadro 2 –	Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento, de abrangência internacional, após 2002	68
Quadro 3 –	Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento em Portugal	75
Quadro 4 –	Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento no Brasil	83
Quadro 5 –	Constituição das NUTS 2013	93
Quadro 6 –	Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento de abrangência internacional anterior a 2002	132
Quadro 7 –	Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento de abrangência internacional a partir de 2002	133
Quadro 8 –	Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento em Portugal	134
Quadro 9 –	Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento no Brasil	135
Quadro 10 –	Perfil dos idosos portugueses entrevistados em Braga	140

Quadro 11 –	Perfil dos gestores entrevistados em Braga e ARS Norte/Portugal	141
	
Quadro 12 –	Perfil dos Idosos brasileiros entrevistados em Santa Maria	142
	..	
Quadro 13 –	Perfil dos gestores entrevistados no Brasil	143
	
Quadro 14 –	Apresentação das frequências da categoria participação nos documentos de Portugal	145
	
Quadro 15 –	Apresentação das frequências da categoria participação nos documentos do Brasil	146
	
Quadro 16 –	O que pensam os entrevistados sobre o envelhecimento	148
	

Quadro 17 –	O que pensam os entrevistados sobre a participação dos idosos	156
	
Quadro 18 –	A percepção dos entrevistados sobre a gestão pública	169
Quadro 19 –	Percepções dos entrevistados sobre o conhecimento das políticas públicas	186
	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	População residente em Portugal	95
Tabela 2 –	Proporção de idosos no país e NUTS II de 1950 a 2011	98
Tabela 3 –	Proporção de idosos no país e NUTS III de 1950 a 2011	99
Tabela 4 –	População portuguesa segundo os grupos de idades entre 1950 e 2011	100
Tabela 5 –	Grupos funcionais entre 1950 e 2011 (em percentuais %)	100
Tabela 6 –	Taxa média anual de crescimento (%) da população, por grupos etários (Brasil, 2000-2050)	103
Tabela 7 –	População residente nas NUTS II	106
Tabela 8 –	População do Distrito de Braga (1864-2011)	112
Tabela 9 –	Número de habitantes por grupo etário no concelho de Braga	114
Tabela 10 –	Número de habitantes no município no Censo de 2010	117
Tabela 11 –	Dados de crescimento da população urbana, rural e total do município de Santa Maria-RS	118
Tabela 12 –	Índice de envelhecimento e taxa de crescimento	120
Tabela 13 –	Número de residentes idosos em Santa Maria	121
Tabela 14 –	Conhecimento das políticas internacionais, nacionais ou locais	185

Tabela 15 – Percepção sobre a participação quanto ao gênero
.....

192

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de centros de saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARS	Administração Regional de Saúde
CAPs	Caixas de Pecúlio
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
COMID	Conselho Municipal do Idoso de Santa Maria
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CSS	Coletivos Sociais de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
EUROSTAT	Serviço de Estatística das Comunidades Europeias
GB	Gestor brasileiro
GNR	Guarda Nacional Republicana
GP	Gestor português
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IAPS	Institutos de Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INE	Instituto Nacional de Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IP	Idoso Português
IPPS	Instituições Público-Privadas em Saúde
NERA	Núcleo de Estudos Regionais e Agrários
NIEATI	Núcleo Integrado de Estudos e Apoio a Terceira Idade
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PAIE	Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento
PAII	Programa de Apoio Integrado a Idosos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPS	Política Nacional de Participação Social
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSI	Política de Saúde do Idoso
RCCI	Rede de Cuidados Continuados Integrados
RFFSA	Rede Ferroviária Federal
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SM	Santa Maria
SNPS	Sistema Nacional de Participação Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UE	União Europeia
ULS	Unidades locais de saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UMINHO	Universidade do Minho – Braga/Portugal
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
.....		
2	ENVELHECIMENTO: AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL E NO BRASIL SOB A PERSPECTIVA DA DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO	38
.....		
2.1	Aspectos culturais e a concepção de envelhecimento na atualidade	38
2.2	Democracia e participação – um contexto histórico	43
2.3	Participação e cidadania – espaços de exercício cidadão em saúde	51
2.3.1	Em Portugal	51
.....		
2.3.2	No Brasil	55
.....		
2.4	Políticas públicas de saúde	60
2.4.1	Estado e agenda política	60
.....		
2.5	Políticas públicas de saúde internacionais	66
2.6	O Plano de Ação Internacional para Envelhecimento da ONU	69
2.7	Políticas de saúde do idoso em Portugal	74
2.8	Políticas de saúde do idoso no Brasil	78
3	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: DESENVOLVIMENTO REGIONAL E A SOCIODEMOGRAFIA DE BRAGA/PORTUGAL E SANTA MARIA-RS/BRASIL	86
.....		
3.1	O envelhecer e a relação com o Desenvolvimento Regional	86
3.2	Dados demográficos: Portugal e Brasil	91
3.3	O envelhecimento populacional	96
3.4	Traçando paralelos entre Portugal – Região Norte e Cávado – e o Rio Grande do Sul, no Brasil	105

3.5	Caracterização sociodemográfica da população do Distrito e Concelho de Braga e do município de Santa Maria	109
3.5.1	Breve histórico de Braga	109
3.5.2	Densidade populacional e população residente no Distrito e Concelho de Braga	110

3.5.3	Breve histórico de Santa Maria	115
3.5.4	Densidade populacional e população residente do município de Santa Maria	116
4	CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA	123
4.1	Marco teórico-metodológico	123
4.2	Aspectos éticos, delimitações e limitações do estudo	126
4.3	As fontes de informação	128
4.4	Fontes secundárias	128
4.4.1	Os documentos	130
4.4.2	Organização dos documentos coletados	131
4.4.3	Fontes primárias	136
4.4.4	Pré-teste das entrevistas	137
4.4.5	As entrevistas com idosos e gestores portugueses e brasileiros	137
5	CONTEXTUALIZANDO O ENVELHECIMENTO E A CULTURA DA PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NOS ESPAÇOS DE EXERCÍCIO POLÍTICO EM PORTUGAL E BRASIL	140
5.1	Caracterização sumária das amostras recolhidas através das entrevistas	140
5.1.1	Braga/ARS Norte	140
5.1.2	Santa Maria/4ª CRS	142
5.2	As formas de participação dos idosos identificadas nos documentos de ambos os países	145

5.3	As questões culturais que incidem nas formas de participação dos idosos na implantação das políticas de saúde em ambos os países	147
5.3.1	Significado do envelhecimento	147
5.3.2	A cultura da participação dos idosos nas sociedades	155
5.3.3	A percepção sobre a gestão pública	169
5.3.4	Conhecimento sobre as políticas públicas	185
5.3.5	Concepções sobre a participação da mulher idosa nos espaços políticos	191
	

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	197
	
	REFERÊNCIAS	201
	
	APÊNDICES	218
	
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	218
	APÊNDICE B – Entrevista por pautas: roteiro de entrevista para os idosos	220
	
	APÊNDICE C – Entrevista por pautas: roteiro de entrevista para os gestores	221
	

1 INTRODUÇÃO

Esta tese surgiu do desejo de aprofundar o conhecimento sobre a população idosa para além do cuidado centrado no modelo biomédico, buscando-se compreender a dinâmica das relações sociais quanto ao cuidado mais amplo que se insere no campo das políticas públicas de saúde para o envelhecimento. Aborda, ainda, uma discussão sobre a participação dos idosos nos processos de implantação dessas políticas públicas de saúde em Portugal e no Brasil, segundo o que preconiza o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento da Organização das Nações Unidas (ONU), equacionado em Madrid, no ano de 2002 (ONU, 2002).

Propõe-se o enfoque na dimensão sociológica do envelhecimento, através de fenômenos que variam no tempo histórico, segundo a estruturação dos valores, das políticas e práticas de cada sociedade. Assim, evidenciam-se os processos culturais e a influência das subjetividades nas relações sociais entre os atores no sentido de construir uma velhice bem-sucedida no campo das políticas públicas de saúde (ALVES JUNIOR, 2009). Para analisar este cenário, optou-se pelas áreas de regionalização da saúde (ARS) norte, em Braga, Portugal, e 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), em Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, e pelas formas de organizações sociais através de sindicatos, associações, organizações e Conselhos de Saúde e do Idoso nos municípios sede das Regionais de Saúde.

O aumento demográfico da população idosa no mundo é uma realidade, considerando-se que, no ano de 2010, o número de pessoas com mais de 60 anos era de aproximadamente 600 milhões, sendo a projeção para 2050 de quase 2 bilhões de idosos (ONU, 2014). Com o aumento da esperança de vida, surgiram consequências inesperadas para os países, trazendo para a discussão novas questões e demandas por parte da população idosa relacionadas com saúde, moradia, previdência social, trabalho, dependência funcional, declínio cognitivo, necessidade de cuidados de longa duração, entre outras.

A projeção da transformação demográfica para as próximas décadas torna-se um desafio para os governantes e para a sociedade civil na atualidade e num futuro próximo. Esses temas foram discutidos e assumidos como diretrizes para as políticas públicas dos países signatários da ONU, na conquista de um envelhecimento saudável para o futuro dessa população e de suas garantias sociais. Entende-se que, apesar de todos os esforços da Organização das Nações Unidas (ONU) para construir

diretrizes políticas para essa população, a desigualdade social e as diversidades geográficas, entre outras, constituem barreiras para a consolidação dessas ações.

Segundo Veras (2009), a adoção de medidas de proteção à saúde está longe de serem realizados de forma equitativa diante das particularidades dos contextos socioeconômicos, políticos e culturais, apresentados pelos diferentes países e pelas diferentes regiões. Essas particularidades acabam resultando no que se define por desigualdades na área da saúde não só para o atendimento ao idoso, mas para todos os segmentos da sociedade. Ao examinarem-se essas questões, compreende-se que não somente as variações socioeconômicas as definem, mas também outros fatores, como o local de residência, a etnia, o estado marital e até mesmo o gênero, que podem ser considerados como elementos condicionadores dessas desigualdades na saúde, considerando-as como multifatoriais (REMOALDO; NOGUEIRA, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais, embora nos países em desenvolvimento e nos países desenvolvidos sejam consideradas apenas as pessoas com 65 anos ou mais. Entende-se que estes e outros fatores – como, por exemplo, os aspectos psicoafetivos e o modo de vida, determinado pelo desenvolvimento econômico e político –, afetam diretamente as práticas sociais cotidianas dos idosos e, dessa forma, podem contribuir para diferentes processos de envelhecimento consoante as sociedades. Portanto, a idade cronológica é usada como limitadora das fases da vida, não sendo conveniente considerá-la como marcador preciso para as mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento. Isso se deve ao fato de que há evidentes diferenças entre os idosos, levando à questão de que a velhice é, de fato, uma construção social (VERAS, 2009).

Nesse contexto, na atualidade, a compreensão do envelhecimento é muito mais profunda e articulada com inúmeros outros processos. Do ponto de vista do desenvolvimento de uma sociedade, crianças/jovens e adultos/idosos fazem parte de uma mesma história, sendo primordial essa compreensão para alcançar o futuro que se almeja, que é a qualidade de vida de seus cidadãos. Para isso, também é necessário destacar que cada sociedade é construída por sua história e por suas contradições e que todos fazem parte dessa complexidade, cada qual com suas particularidades e subjetividades, refletidas na forma de organização de suas práticas sociais cotidianas. Essas práticas, por sua vez, são reguladas por leis, normas e condutas que se manifestam e se materializam de formas diversas na sociedade (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIM, 2016).

Nos países em desenvolvimento, o envelhecimento tende a apresentar-se de forma singular e, nos países desenvolvidos, essa transição ocorreu de forma lenta, gradual e acompanhada de progresso socioeconômico. No Brasil, considerado um país em desenvolvimento, aconteceu de forma acelerada e acompanhada de agravantes econômicos, políticos e sociais (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). Diante desses desafios, e de outros, a ONU (2002), preocupada em organizar diretrizes que promovam novos paradigmas sobre o envelhecimento em seus diversos países-membros, editou a II Assembleia sobre o envelhecimento, convocando-os para discutir as políticas e as ações de enfrentamento a essa questão temática. Essa Assembleia foi organizada na cidade de Madrid, no ano de 2002.

Participaram da referida Assembleia 170 países, tendo sido Portugal e Brasil seus signatários. Nela, os representantes governamentais desses países assumiram que adotariam medidas em todas as escalas governamentais, com diretrizes em três direções prioritárias: 1) idoso e desenvolvimento; 2) promoção da saúde e bem-estar na velhice; e 3) a criação de um ambiente propício e favorável. Na mesma Assembleia, reafirmaram ainda os compromissos de seus antecessores, estabelecidos por ocasião das principais conferências das Nações Unidas – I Assembleia das Nações Unidas (1982); Assembleia Geral (1991); e Declaração do Milênio (2000) –, e orientaram sobre as questões da independência, da participação, dos cuidados, da autorrealização e da dignidade da população idosa.

Nessa Assembleia, também foi proposto o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, que vem traçar desafios para as populações no século XXI, bem como acrescentar sua contribuição para o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades. Em outras palavras, reconhece que as necessidades da população que envelhece têm aumentado, e que é preciso adotar novas políticas de atenção ao idoso, sobretudo na assistência e no tratamento a esse segmento social.

No Capítulo da Orientação Prioritária I, do referido Plano, intitulado “Pessoas idosas e o desenvolvimento”, no Objetivo 2, definiu-se a participação de idosos nos processos de tomada de decisões em todos os níveis, com as seguintes diretrizes: a) incorporar as necessidades dos idosos e as questões que os preocupam nos processos de tomada de decisão em todos os níveis; b) estimular a criação, caso inexistam, de organizações de idosos em todos os níveis, de forma a que possam representá-los nos processos de tomada de decisão; c) adotar medidas para permitir igual e plena participação dos idosos, particularmente das mulheres, na tomada de

decisão em todos os níveis (ONU, 2002). Nessa perspectiva, entende-se que a valorização do idoso e a ênfase na participação, além da afirmação da presença do gênero feminino nessas questões, em todos os âmbitos, foram consideradas de relevância para os países membros da ONU, elevando os idosos e, sobretudo, as mulheres idosas, a protagonistas desse processo.

Compreende-se que a participação política se coloca como condição e instrumento indispensáveis à construção desses direitos. Não somente os direitos estritamente como garantias constitucionais, mas como práticas de sociabilidades, princípios reguladores que embasam a política pública. Mais do que garantias jurídicas, os direitos são práticas coletivas de construção de sociabilidade, referências de reciprocidade por meio dos quais se reconhece uma arena pública onde as diferenças podem ser afirmadas e a negociação faz-se possível em função do reconhecimento da legitimidade das posições e dos interesses dos diferentes atores implicados nesse processo.

Portanto, apesar de se constituir como um espaço de direito, pode ser determinado por inúmeros fatores, dentre eles as construções histórico-política, econômica e cultural de cada região/país (CHAUÍ, 2008; DAGNINO, 2004). Segundo Boaretto e Heimann (2006), a participação dos cidadãos nos processos políticos configura-se como um elemento necessário para a concretização da democracia e permite capacitá-los para o exercício da construção coletiva, nas instâncias e relações de poder com influência sobre as políticas públicas.

Um tema mais amplo a ser discutido refere-se à consolidação prática das leis dos estados que protegem os idosos, pela efetivação de serviços nas sociedades contemporâneas, particularmente na saúde e na proteção social do idoso (CARVALHO; GARCIA, 2003). Nesse sentido, destacou-se a necessidade de se averiguar quais as políticas de saúde implantadas que respondem ao acordado pelos governantes de ambos os países para a efetivação do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2002) em benefício dessa população.

Segundo Sousa (2009), Portugal, com o objetivo de obter mais saúde para todos, vem centrando o sistema de saúde português na intervenção em duas estratégias: as intervenções na família e no ciclo de vida e os problemas de saúde por meio de uma aproximação à gestão da doença. O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 apresenta uma visão de sistema de saúde, no qual têm lugar iniciativas efetivas e apoiadas em promoção de saúde e que proporcionam acesso a cuidados de saúde

de qualidade compatíveis com os objetivos do sistema de saúde e com a qualidade dos instrumentos de governança disponíveis.

Entretanto, Portugal passou por diversas modificações contemporâneas, que, consoante Pisco (2007), foram transformações na saúde de grande importância e que ocorreram seguindo momentos políticos, econômicos e históricos distintos de cada época. Destacam-se o período da democratização e descolonização (1974), a entrada na Comunidade Econômica Europeia (1986) e a integração na União Monetária Europeia (2000). Para Sousa (2004) e Pisco (2007), as políticas de saúde do país evoluíram de modo significativo, conforme os períodos demarcados, pois, antes de 1974, o sistema de saúde era fragmentado e basicamente médico-sanitário de fundo caritativo, coordenado majoritariamente pelas Misericórdias. Nesse momento, não havia intervenção do Estado nas questões da saúde, o hospital era o modelo central do sistema e basicamente assumido pelas Misericórdias, que tiveram papel primordial, articulando ações sociais e de saúde (SOUSA, 2009).

Foi com a Revolução Democrática de 25 de abril de 1974 e com a Constituição de 1976 que, de acordo com Sakellarides *et al.* (2006), mudaram profundamente Portugal: novas políticas sociais; intervenção clara do Estado na definição da política de saúde, no planejamento e na execução; e, intervenção face às assimetrias regionais e sociais, com o reconhecimento do direito à saúde a todos os cidadãos. O Estado assume a responsabilidade do direito à proteção da saúde, em conformidade com a Constituição, e isso culmina na criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979.

A Lei do Serviço Nacional de Saúde (1979) declara que o acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição social ou econômica. Pisco (2007) explica que, na revisão da Constituição Portuguesa, em 1989, houve uma mudança de “serviço nacional de saúde gratuito” para “tendencialmente gratuito”, ou seja, tabelaram-se alguns serviços para a contribuição do SNS, de forma a incorporar, em 1990, a introdução de taxas moderadoras no acesso a determinados cuidados de saúde, com exceção para grupos de risco e economicamente desfavorecida.

Sousa (2009) ressalta que a saúde portuguesa passa a ser da responsabilidade não só do Estado, mas também de cada indivíduo, bem como das iniciativas sociais e privadas, e destaca que, com a publicação da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS (PORTUGAL, 1990), definem-se as entidades intervenientes no sistema de

saúde. Ainda, destaca que o sistema de saúde português passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados entre si:

O Serviço Nacional de Saúde (abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde); subsistemas de saúde públicos de apoio (entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde); e, todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividade de saúde. (SOUSA, 2009, p. 887).

Isso significa que o SNS tem um serviço de saúde articulado entre parcerias público e privado, com o objetivo de coordenar os serviços, a fim de proporcionar resultados exitosos à população. Nesse sentido, o autor salienta que se tornaram necessárias as alterações de gestão para melhorar a efetividade e a eficiência do setor da saúde, entre as quais se sobressaem:

Um novo papel para o sector privado – procura-se estimular a intervenção do sector privado na área da saúde, incluindo a gestão privada de instituições de saúde. – A regionalização e integração do SNS – Em 1993 foram estabelecidas cinco regiões administrativas de saúde (Administrações Regionais de Saúde) assim como “unidades funcionais” entre hospitais e centros de saúde. Estas últimas tinham como objectivo conseguir uma melhor integração entre cuidados primários, secundários e terciários. (SOUSA, 2009, p. 887).

Assim, Sakellarides *et al.* (2006, p. 112) afirmam que Portugal tem procurado deslocar o enfoque da governança do sistema de saúde dos “recursos” para os “resultados”, da “organização e financiamento da oferta” para a “melhoria do desempenho da oferta”, tendo como principal instrumento dessa transição os processos de contratualização do desempenho. É nesse aspecto que a participação do usuário é valorizada como o beneficiário direto desses resultados e, portanto, o alvo principal quando se tenta identificar se os serviços estão dando respostas devidas aos casos e com resolução. No entanto, Sousa (2009) destaca que, mesmo com o esforço de melhorias na organização e na gestão do sistema de saúde; as reformas implantadas foram incompletas, quer por limitações da própria gestão, por resistência às mudanças ou por descontinuidade das políticas da saúde.

É necessário ressaltar de que forma ocorre a organização do SNS. Segundo Pisca (2007), o sistema é gerido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e por cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS). A ACSS é

responsável pela gestão central dos recursos financeiros, humanos, de equipamento e de instalações do SNS, bem como pelo estabelecimento de políticas, planos, regulamentos e normas de saúde. As ARS são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde às populações de cada uma das cinco regiões de saúde (Norte – onde se localiza Braga –, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), além da execução regional do plano nacional de saúde.

Para além de serem financiados pelo Estado, Pisca (2007) explica que os cuidados de saúde prestados pelo SNS são maioritariamente assegurados por estabelecimentos públicos de saúde, que incluem:

- Agrupamentos de centros de saúde (ACES): asseguram maioritariamente a prestação de cuidados de saúde primários às comunidades locais. Cada ACES congrega vários centros de saúde, cobrindo cada um, normalmente, a área de um município. Cada centro de saúde pode ter uma ou mais extensões de saúde fora da sua sede, sendo também responsável por atender, com pessoal médico e de enfermagem, os postos médicos públicos locais, mantidos por algumas juntas de freguesia. Cada ACES inclui unidades especializadas de saúde familiar, de cuidados de saúde personalizados, de saúde comunitária e de saúde pública;
- Estabelecimentos hospitalares: prestam, majoritariamente, cuidados de saúde diferenciada. A maioria dos hospitais públicos integram centros hospitalares, os quais congregam e administram várias unidades hospitalares localizadas na mesma cidade ou região. Os hospitais não integrados e os centros hospitalares são classificados como grupo I (locais), II (regionais), III (centrais) ou IV (especializados);
- Unidades locais de saúde (ULS): congregam todos os centros de saúde e hospitais localizados em determinada cidade ou região, num único estabelecimento integrado, responsável pela prestação tanto de cuidados de saúde primários como de cuidados de saúde diferenciados.

O SNS também mantém convênios com entidades privadas para a prestação complementar de cuidados de saúde aos seus usuários com as Instituições Público-Privadas em Saúde (IPPS), que se concretizam, em sua maioria, com as Misericórdias, principalmente no que se refere aos serviços continuados em saúde para os idosos, com Instituições de Longa Permanência e de Centros Dia, Centros

Noite e demais Centros de Convivência para os idosos e pessoas em situação vulnerável.

O Ministério da Saúde possui também o serviço Linha Saúde 24, um serviço de informação disponível todos os dias, 24 horas por dia, e acessível via telefone ou internet. Disponibiliza triagem, aconselhamento e encaminhamento em situação de doença, aconselhamento terapêutico, assistência em saúde pública e informação geral de saúde (SOUSA, 2009).

Quanto à ARS Norte, representada na Figura 1, esta se encontra dividida em 7 Distritos: Aveiro, Viseu, Porto, Braga, Vila Real, Bragança e Viana do Castelo. Nessa região, há 19 Centros de Saúde, 18 Hospitais, 3 Unidades Locais de Saúde, e, no caso do Distrito de Braga, são 5 Agrupamentos de Saúde (PORTUGAL, 2012).

Figura 1 – Divisão da regionalização de saúde Norte



Fonte: MS/ARS Norte Portugal.

Em resumo, observa-se que o SNS tem evoluído. Além disso, seu processo de gestão incrementou a busca pelos resultados, atualmente realizada por resolutividade, tendo se tornado a tônica da gestão na saúde portuguesa. Dessa forma, ao adentrar na leitura desta tese, compreende-se a importância, tanto nos documentos de Portugal como na própria fala dos entrevistados, da avaliação *in loco* dos serviços de saúde prestados à nação.

Por sua vez, no Brasil, em 1988, a Constituição Federal reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se fundamenta nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social. Esse reconhecimento constitucional do direito à saúde só foi possível após uma longa luta política e graças à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária (MENDES, 2009).

Observa-se que a reforma da saúde no Brasil ocorreu onze anos após a reforma portuguesa e, segundo Escorel (2008), num contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, perspectiva reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais ou que defendiam etapas intermediárias para atingi-lo. A implantação do SUS iniciou-se em 1990, quando foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que especificou as atribuições e a organização do SUS.

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada, sobretudo, por recursos privados. O sistema de saúde tem três subsetores: o público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos âmbitos federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas formas, com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e, portanto, os usuários podem utilizar os serviços dos três subsetores (MENDES, 2009).

A própria Lei nº 8.080/1990 expõe, no artigo 7º, que as ações e serviços públicos de saúde, além dos serviços privados contratados ou conveniados, devem ser desenvolvidos de acordo com o manifesto realizado no artigo 198 da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1990), ou seja, determina que a descentralização política e administrativa tenha direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e uma regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Desde 2006, com o Pacto pela Saúde, houve um acordo no qual os gestores de cada nível de governo assumiriam compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades em saúde (BRASIL, 2006). Para administrar essa política

descentralizada, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos (MAIO; LIMA, 2008). Além das conferências nacionais de saúde, foi institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu conselhos de saúde e comitês intergestores nos âmbitos estadual (bipartite) e federal (tripartite), sendo as decisões tomadas por consenso (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Na opinião de Miranda (2007), essas estruturas políticas representam uma grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitiram que um maior número e variedade de atores participassem do processo de tomada de decisão e definiram áreas de responsabilidade institucional com mais clareza do que no passado, assegurando que cada nível de governo apoiasse a implantação da política nacional de saúde.

O sistema de saúde brasileiro organiza-se para atender à população em níveis de atenção complementares, ou seja, atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. A atenção primária em saúde (também conhecida como atenção básica) é responsável pelo atendimento dos acometimentos mais prevalentes na população. Assim, os profissionais que nela trabalham devem ter uma formação geral e abrangente (MENDES, 2009). Portanto, para a organização do SUS, foi primordial a regionalização do sistema, destacando-se a importância de se compreender o conceito de regionalização da maneira como ele ocorre no Rio Grande do Sul.

Nessa perspectiva de região e regionalização, Corrêa (2006) define região como resultado de um longo processo de transformação da paisagem natural em paisagem cultural. Ela se traduz na interface entre os arranjos das paisagens, dos habitats naturais e dos traços culturais, reunindo o que conhecemos por gênero de vida. A região é vivenciada por seus habitantes, que reconhecem a sua existência concreta.

O autor enfatiza que, desde 1970, há três formas de constituição de uma região: a primeira se constitui como uma resposta aos processos capitalistas, fruto dos processos sociais associados ao modo de produção capitalista; a segunda apoia-se na abordagem da geografia humanista, que considera a região como espaço vivido; a terceira, por sua vez, considera a região como meio de interações sociais e culturais, embasando-se nos estudos de Raffestin (1993). Complementando essa teoria, Lencioni (1999) afirma que região e território podem ser influenciados, em sua

constituição histórica, nas dinâmicas institucionais, refletindo-se no cotidiano das pessoas.

Observa-se que a compreensão de regionalização possibilita pensar em estratégias de cuidado em saúde por um novo contexto, o da necessidade de conscientização dos atores locais, dimensionado na perspectiva do empoderamento destes. Essa perspectiva ocorre no sentido de identificação social enquanto sujeito participativo no controle social decisório e de forma autônoma em relação às forças externas impostas ao seu destino enquanto idoso.

A regionalização da saúde como estratégia para a descentralização foi contemplada, no Brasil, na Constituição de 1988, e reforçada na Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), além das consecutivas Normas Operacionais do SUS, que trataram do tema, como, por exemplo, a Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB SUS 01/93), que especifica a estratégia da regionalização, a partir de um enfoque na articulação e mobilização municipal, com o objetivo de garantir acesso à saúde e à estruturação de regiões de saúde (BRASIL, 1993).

Já a Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB SUS 01/96) teve, como meta, fomentar o desenvolvimento e consolidar a gestão municipal, além de reafirmar que a rede de serviços municipais deve ser organizada segundo as diretrizes da Constituição de 1988 (BRASIL, 1996). As Normas Operacionais de Assistência à Saúde do SUS 01/2001 e 01/2002 (NOAS SUS 01/2001 e NOAS SUS 01/2002) apresentam a efetivação da regionalização, como estratégia principal para a organização do sistema de saúde no território (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002a). Com o objetivo de promover mais equidade no acesso da população às ações e aos serviços de saúde, foram introduzidos os conceitos de módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões.

No ano de 2006, é publicado, no Brasil, o Programa Pacto pela Saúde, no qual o conceito de regionalização foi ampliado para além da assistência e apresentado como eixo estruturante do Pacto de Gestão, sendo responsável por fomentar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem o seu papel de gestores (BRASIL, 2006).

As Coordenadorias são unidades da Secretaria Estadual de Saúde (SES) descentralizadas, com papel importante no auxílio às regiões na implantação e no controle das políticas públicas de saúde, entre outras funções. No entanto, o conceito

de “região de saúde” foi resgatado no Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011a) e na Resolução nº 01, de 29 de setembro de 2011, sendo definido como

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011a).

Todavia, para ser reputado como uma região, esse agrupamento de municípios deverá possuir os seguintes elementos constitutivos: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial e hospitalar especializada e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Uma das diretrizes que fundamentam o SUS é a regionalização, pois ela tem papel fundamental na consolidação do sistema no país, desde a década de 1990, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) foi inserido no território nacional, fazendo-se presente, progressivamente, em todos os municípios, que passaram a contar com gestão e serviços de saúde de base municipal, bem como com a participação social de diferentes atores, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, impondo, dessa forma, novos desafios aos gestores das três esferas do governo (BRASIL, 2003).

Contudo, foi na década de 2000, na reorganização do modelo de atenção à saúde, que os gestores municipais e estaduais focaram as discussões na agenda política sobre a regionalização da saúde, definindo as ferramentas de gestão, principalmente as relacionadas com a gestão colegiada, com o objetivo de organizar as demandas que surgiram frente às mudanças impostas pelo novo paradigma (BRASIL, 2003).

Segundo Paim (2009), a regionalização impele os gestores a dialogarem sobre a construção de condições de acesso a serviços de saúde, considerando garantir os princípios que regem o SUS, de forma a que eles se efetivem no território. Dessa maneira, com vistas a garantir a produção de redes de atenção à saúde e a melhoria da qualidade do acesso às ações e aos serviços, percebe-se que o diálogo, a construção e a pactuação de compromissos e responsabilidades compartilhadas entre os gestores são alguns dos dispositivos essenciais no território da região de saúde. Para Paim (2009, p. 49), a regionalização é:

[...] a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento.

Para Righi (2010, p. 65) a discussão sobre a regionalização não pode estar dissociada da construção das redes de atenção à saúde. Essa questão é importante, pois:

As redes de saúde dão ênfase ao entorno funcional. O conceito de redes de saúde ou, de forma mais abrangente, de redes de produção de saúde, procura dar conta desta coprodução tensa entre a rede assistencial (com suas normas próprias – necessárias) e o território. Contudo, o território não é apenas espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial. O território também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial altera o espaço vivido. (RIGHI, 2010, p. 65).

No entanto, há de se superar a visão fragmentada, que, de maneira geral, está focalizada apenas no território do município. Pela regionalização, busca-se ampliar essa visão, de maneira a que os municípios se entendam enquanto conjunto, promovendo a cooperação e a solução dos problemas, que não são dificuldades individuais, mas coletivas (RIGHI, 2010).

O SUS é concebido como uma rede que, segundo Righi (2010, p. 75), “é mais do que a soma das partes, é mais do que um leque de serviços, estabelecimentos, ações e de programas”. Ao ampliar essa perspectiva, Santos e Andrade (2011, p. 37) aportam a seguinte compreensão:

Rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.

Os autores destacam a importância da regionalização, como uma das diretrizes do SUS e do conhecimento da realidade de uma população, numa área delimitada. Esse conhecimento da realidade deve contemplar todos os problemas, facilidades, características, formas de acesso, cultura e fluxos de transporte dessa população. Apoiadas nesse conhecimento, e a partir dele, as equipes de saúde, no processo de

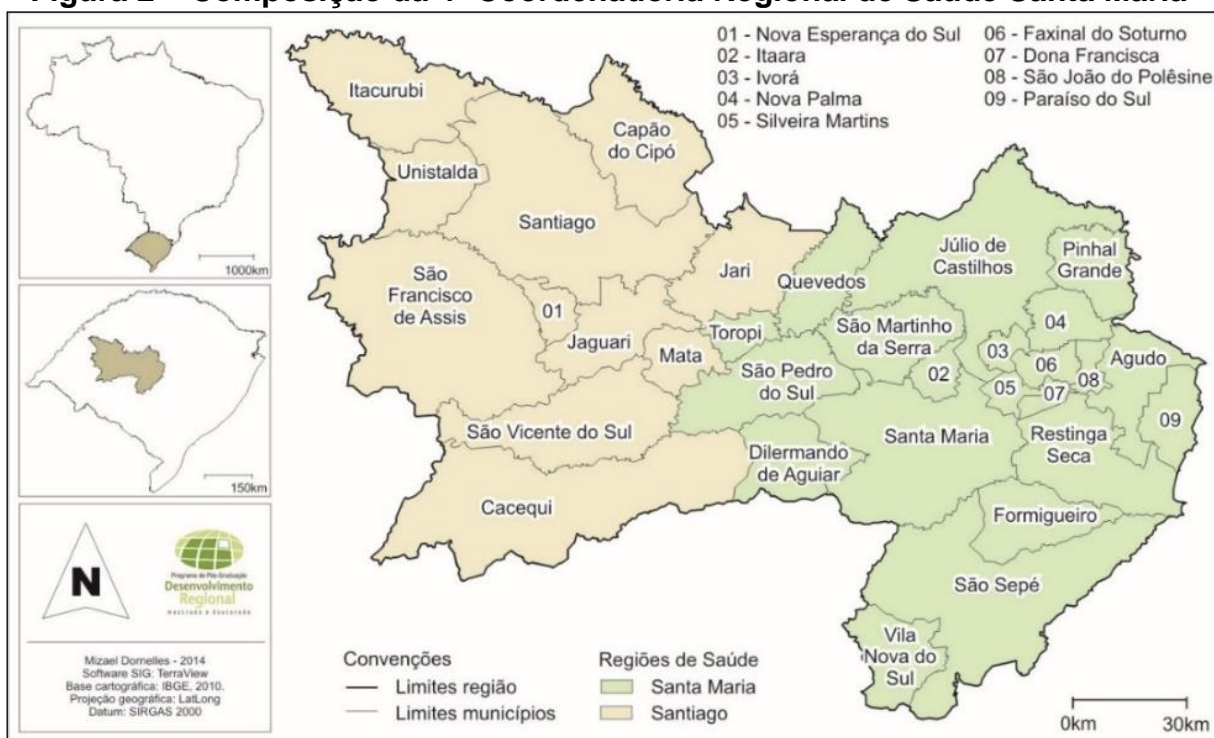
regionalização, apropriar-se-ão da organização da região, das ações de vigilância epidemiológica e sanitária e das ações ambulatoriais e hospitalares, que deverão contemplar todos os níveis de complexidade. Essas ações, bem como a sua vinculação com os estabelecimentos de saúde, sejam eles, hospitais, unidades e/ou laboratórios, serão distribuídas de forma a contemplar as necessidades de determinada região.

Para Santos e Andrade (2011), a criação dessa regionalização é um triunfo, mas, na prática, é um desafio a ser enfrentado no cotidiano dos gestores e trabalhadores de saúde, protagonistas desse processo. Isso acontece porque se acredita que “qualquer proposta de regionalização da saúde no Brasil deverá contribuir para o fortalecimento da identidade local e de um determinado território no qual o poder político-institucional é exercido por um amplo conjunto de atores sociais envolvidos” (p. 37).

Assim como em todo o País, no Rio Grande do Sul, a regionalização de saúde no estado também se encontra dividida em diversas coordenadorias regionais. A organização da rede de atendimento na região segue o que preconiza o Plano Diretor de Regionalização (PDR/RS), que distribui a região em macrorregiões de atenção integral à saúde, que atendem aos casos mais complexos, e microrregiões em saúde, com hospitais de referência microrregionais e unidades locais de saúde voltadas para a baixa complexidade (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

No caso do estado do Rio Grande do Sul, existem 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo que a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS) corresponde à região de Santa Maria e a outros 32 municípios, conforme se observa na Figura 2.

Figura 2 – Composição da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde Santa Maria



Fonte: Elaborado por Mizael Dornelles (2014), a partir de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (divisão vigente em 2016).

Compreender a abrangência dos serviços de saúde ofertados aos idosos na região é fundamental para se entender a rede de cuidados destinada a essa população. Entretanto, apenas as ofertas de serviços não garantem a qualidade do serviço ofertado, tampouco asseguram a implantação das políticas de saúde. Portanto, torna-se primordial interpretar os dados secundários e primários para as análises dos fatos.

No Censo Português de 2011, os idosos representavam 19% da população e, em 2020, Portugal será um dos 13 países com maior número de idosos com mais de 80 anos (INE, 2011). Já no Brasil, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), os idosos já representam 12,6% da população. A projeção para 2020 é de 27,2 milhões, e, em 2025, o País será o sexto com maior população de idosos do mundo, com aproximadamente 31,8 milhões de idosos.

Com base nos dados do Serviço de Estatística das Comunidades Europeias (EUROSTAT, 2010), a região Norte de Portugal, em 2030, será a com maior crescimento no número de idosos no país. Projeta-se que deverá ser o sétimo país com o índice de envelhecimento mais elevado em 2030 (175 idosos para cada 100 jovens), saindo do quinto lugar, em 2010, para o segundo, em 2030.

Por outro lado, segundo os dados do IBGE (2010), o Rio Grande do Sul, onde se encontra a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, é, no Brasil, o estado com maior número de idosos. Para 2030, o IBGE projeta que ele terá cerca de 11,6 milhões de habitantes, dos quais 18,4% terão mais de 65 anos de idade. Em 16 anos, sua população deverá crescer em torno de 335 mil pessoas, quase o número atual de moradores da cidade de Canoas. Essa estimativa foi divulgada, em 2014, pelo próprio Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Observa-se que tanto na Região Norte de Portugal, onde se localiza a ARS Norte, quanto no Rio Grande do Sul, com a 4ª CRS, houve um aumento no número de idosos, na última década. Portanto, torna-se necessária a efetivação de políticas que promovam a qualidade de vida e busquem equalizar as demandas para o desenvolvimento regional de cada país, tendo os idosos como protagonistas desse processo.

A escolha de Portugal para a realização do estudo deve-se ao fato de que Portugal e Brasil têm relações históricas, com o seu passado cultural comum, demarcado pelas relações antepassadas de colonizador e colonizado e, segundo Bhabha (1998), inscritas na cultura política das sociedades.

Isso se soma ao fato de que, atualmente, as duas nações celebram parcerias nas áreas social, econômica, política, educacional e de ciência e tecnologia. Portugal se encontra no Continente Europeu e integra a União Europeia e a Política Regional Europeia, e tanto nesse país como no Brasil evidenciam-se disparidades regionais. Apesar do passado em comum, ambos tiveram trajetórias de lutas e conquistas de cidadania em diferentes épocas e de distintas formas (BRITO, 2008; BRASIL, 2014).

Compreende-se que os movimentos sociais ocorreram em diferentes contextos, refletindo na maneira de se constituir do cidadão idoso, ator social e político desse processo. Essas trajetórias históricas produziram maneiras de ser e estar, bem como de participação em espaços políticos e como representantes de um segmento da sociedade singulares no Brasil e em Portugal.

Para a viabilização desta tese, tomou-se por base a abordagem da pesquisa qualitativa, com procedimentos técnicos de análise documental e de campo. Para a análise documental e seu respectivo embasamento, foram consultados leis, decretos e dados censitários de ambos os países a respeito de políticas de saúde, políticas de atenção à velhice, tendência demográfica, participação do idoso e assuntos correlatos

ao fenômeno do envelhecimento, publicados depois do Plano de Ação para o Envelhecimento de 2002.

Na pesquisa de campo, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, aplicada a indivíduos de diferentes níveis de escolaridade, além da observação de atitudes e gestos, expressos nas subjetividades das pessoas (MINAYO, 2010). Foram entrevistados: 42 atores sociais que tivessem alguma relação com os processos de implantação de políticas de saúde; 13 gestores (6 portugueses e 7 brasileiros) e 29 idosos (14 portugueses e 15 brasileiros) que participam de organizações, associações, sindicatos e Conselhos Estaduais e Municipais de Idosos, nos municípios sedes das Regionais da Saúde, da ARS/Norte e da 4ª CRS/RS de ambos os países.

A questão social do idoso é bastante complexa, refletindo-se no seu modo de viver. Embora a pessoa idosa em geral não esteja vocacionada para a vida política, encontra-se inserida no âmbito político de sua ação cotidiana na conquista de suas demandas. Desse modo, partiu-se do princípio de que esse fenômeno não é homogêneo e há demarcações subjetivas inseridas tanto nos contextos pessoais de cada idoso como nos contextos externos (políticos, econômicos, ambientais, sociais e culturais), de maneira a constituir a sua participação como protagonista desse processo.

Considerou-se a participação do idoso em espaços que permeiam o exercício de cidadania – tais como sindicatos, organizações e associações de idosos –, bem como nos que garantem o controle das políticas de saúde, que seriam os Conselhos do Idoso. Sendo assim, remeteu-se à dimensão da relação do idoso com outros atores sociais para a tomada de decisões coletivas, que deve ser entendida como um processo em constante construção, e como um exercício pleno da cidadania. Entende-se, logo, que ela não está centrada apenas no contexto pessoal do idoso, visto que se constrói e se consolida na interação das redes de relações presentes no tecido social e se cristaliza nas formas organizativas da sociedade (PAZ, 2001).

Nessa dimensão, a saúde, o controle social, as políticas públicas, a participação política e o envelhecimento populacional definem-se como importantes aspectos do desenvolvimento regional, já que estão associados às condições de vida que um país oferece à sua população. Segundo Etges (2005), as questões que envolvem o desenvolvimento regional vêm crescendo nos últimos anos, seja na academia, seja nas iniciativas dos governos e da sociedade organizada, com o

objetivo de implantar uma nova dinâmica nos processos de promoção de qualidade de vida junto à população. Portanto, entende-se que parte dos estudos que compreendem o campo do desenvolvimento regional envolve a importância da qualidade de vida e da saúde da população e a sua relação com as políticas públicas.

Para Sen (2000) e Sen e Kliksberg (2010), a saúde e o desenvolvimento estão interligados, pois, ao lado dos indicadores econômicos, outros aspectos tornam-se relevantes para identificar o desenvolvimento de uma nação, relacionados com os desenvolvimentos social e ambiental, a acessibilidade, a cultura, a liberdade e a cidadania. Nesse sentido, a saúde pública constitui fator relevante para esses indicadores, uma vez que está vinculada diretamente aos aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos. Nesse contexto, e ainda segundo esses autores, os avanços no campo da saúde pública representam um pré-requisito para o desenvolvimento dos países. Nesse ponto, salienta-se que as iniciativas formais de proteção à pessoa idosa, outorgadas pelo Estado brasileiro, têm sido tema de debate na perspectiva do desenvolvimento regional.

Tendo por base todos esses pressupostos, esta tese propôs-se a responder à seguinte questão: de que forma ocorre a participação dos idosos na implantação das políticas públicas de saúde do idoso na Administração Regional de Saúde Norte (Portugal) e na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (Brasil), a partir do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, de 2002?

Para tal, embasou-se em mais quatro questões norteadoras:

- Quais são as percepções que os idosos possuem acerca do seu processo de envelhecimento e da sua participação para impulsionar a implementação de políticas de saúde nos dois países?
- Qual é a visão dos gestores sobre o envelhecimento e a importância da participação dos idosos no processo de implantação das políticas de saúde do idoso em ambas as regiões de saúde?
- Em que espaços ocorrem a articulação política para os idosos nos municípios sede das Regionais de Saúde ARS/Norte (Portugal) e 4ª CRS/RS (Brasil)?
- A partir do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, de 2002, como estão configuradas as políticas públicas de saúde que norteiam o cuidado/a atenção à saúde do idoso, em Portugal e no Brasil, em relação à participação do idoso?

O Estado de Portugal desenvolveu leis e decretos que englobam questões gerais de saúde, bem como leis específicas que garantem a integralidade nos cuidados de saúde dos idosos. Articulados entre a segurança social e a saúde, destacam-se os programas de cuidados continuados – Despacho-Conjunto nº 407/1998, de 18 de junho (PORTUGAL, 1998), e Decreto Lei nº 281/2003, de 8 de novembro (PORTUGAL, 2003) –, o Programa de Apoio a Integrado a Idosos (PAII) – Despacho Conjunto nº 259, de 1º de julho de 1994 (PORTUGAL, 1994) – e a Lei nº 101, Despacho do Conselho de Ministros, de 6 de junho de 2006, que cria a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI) (PORTUGAL, 2006). Esses documentos e leis específicas estão dentro de uma visão integral de cuidados de saúde dos idosos.

A participação efetiva da comunidade está garantida pela Constituição Portuguesa de 1976, em seu artigo 9º, que assegura aos seus cidadãos o direito de “Defender a democracia política, assegurar e incentivar a participação democrática dos cidadãos na resolução dos problemas nacionais” e, principalmente, em seu artigo 48º, “Participação na vida pública”:

1. Todos os cidadãos têm o direito de tomar parte na vida pública e na direcção dos assuntos públicos do país, directamente ou por intermédio de representantes livremente eleitos;
2. [...]
3. Todos os cidadãos têm o direito de serem esclarecidos objectivamente sobre actos do Estado e demais entidades públicas e de ser informados pelo Governo e outras autoridades acerca da gestão dos assuntos públicos. (PORTUGAL, 1976).

Outro documento que formaliza o direito à participação da comunidade portuguesa é o Plano Nacional de Saúde de 2012-2016, emitido pelo Ministério da Saúde, que, no Eixo Estratégico 3, “Cidadania em Saúde”, propõe a legitimação das pessoas de assumirem os seus direitos, através de ações como a participação pública e política, no sentido de se responsabilizarem perante o desafio de desenvolverem uma sociedade mais justa e democrática, juntamente com o Estado, as instituições e os profissionais de saúde (PORTUGAL, 2012).

Por sua vez, no Brasil, encontra-se a Constituição Federal de 1988 e destaca-se, no artigo 198, inciso III, a participação da comunidade nas ações das políticas públicas de saúde, e, o artigo 130, que certificou o amparo social aos idosos (BRASIL, 1988). A participação efetiva do idoso perpassa também pela Política Nacional do

Idoso (PNI) e pelo Estatuto do Idoso. O objetivo da PNI é “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994, art. 1º). Ademais, “o idoso deve ser o principal agente e o destinatários das transformações a serem efetivadas através dessa política” (BRASIL, 1994, art. 3º). No Estatuto do Idoso, aponta-se, no art. 3º, inciso IV, que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público a “viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações” (BRASIL, 2003).

Apesar de estar garantida, como direito, pelas Constituições Brasileira e Portuguesa, conforme anteriormente descrito, a participação efetiva dos idosos na implantação de políticas públicas, esta ainda não se constituiu como uma realidade no Brasil e em Portugal, principalmente quanto à ênfase na participação feminina na implantação das políticas de saúde. Pressupõe-se que uma das vias possíveis para o enfrentamento da situação de vulnerabilidade do idoso nas sociedades contemporâneas ocorre por meio de seu protagonismo na sociedade e, mais especificamente, como protagonista na implantação de políticas públicas para esse segmento social.

Para a compreensão deste estudo, dividiu-se a presente tese em seis capítulos. Depois desta Introdução, são apresentadas, no Capítulo 2, as políticas públicas de saúde para o envelhecimento, desde as políticas internacionais – norteadoras para os países – até as políticas publicadas no Brasil e em Portugal. Inicia-se com uma reflexão a respeito da questão cultural sobre o envelhecimento, além de um contexto histórico sobre a democracia e participação. Ainda, mostra os espaços para a participação em saúde tanto em Portugal como no Brasil. No Capítulo 3, encontra-se a relação do envelhecimento com o desenvolvimento regional e a sociodemografia tanto no Brasil como em Portugal, ademais de refletir sobre os dados do Distrito de Braga e do Rio Grande do Sul e expõe os dados sobre os municípios estudados (Braga, em Portugal, e Santa Maria, no Brasil).

No Capítulo 4, descreve-se o percurso metodológico para alcançar os resultados, apresentam-se os dados secundários utilizados e os documentos identificados, de que forma foram realizadas as entrevistas e os aspectos éticos que envolveram essas abordagens.

No Capítulo 5, inserem-se as análises dos resultados e discussões da pesquisa sobre a participação e a escolha da Análise de Conteúdo para a interpretação dos

dados encontrados nos documentos e nas entrevistas semiestruturadas e, no Capítulo 6, as Considerações Finais.

Esta tese insere-se no campo das políticas públicas de saúde e os contextos culturais que envolvem os processos de participação dos idosos. Dessa forma, torna-se de interesse aos estudiosos no assunto, bem como aos gestores de políticas públicas. Destina-se também aos idosos e àqueles que estão próximos da população idosa e a entende como protagonista da sua história e capaz de fazer suas próprias escolhas, com autonomia e liberdade, a qualquer momento de suas vidas.

2 ENVELHECIMENTO: AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL E NO BRASIL SOB A PERSPECTIVA DA DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO

Este capítulo compõe as concepções culturais sobre o envelhecimento na atualidade, de forma a compreender como os idosos podem exercer o seu papel participativo na implantação das políticas públicas de saúde. Apresentam-se as teorias sobre democracia e participação, bem como as políticas públicas de saúde em Portugal e no Brasil. Ademais, reflete-se sobre os espaços existentes em ambos os países para o exercício da cidadania do idoso.

2.1 Aspectos culturais e a concepção de envelhecimento na atualidade

Ao introduzir o tema do envelhecimento e articulá-lo com as questões culturais, entende-se que a velhice foi tratada, a partir da segunda metade do século XIX, como uma etapa da vida caracterizada pelo declínio e pela falta de papéis sociais (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). Primeiramente, o tema foi delimitado pelas pesquisas biológicas e fisiológicas e associado à deterioração do corpo. No entanto, a partir do final do século XX, uma visão mais ampla relativa à velhice e ao envelhecimento situou-se nos contextos sociais e culturais (UCHÔA, 2003).

A visão orgânica do envelhecimento, ao longo do tempo, deu espaço a questões mais amplas, a partir da contribuição das diversas disciplinas do conhecimento, sobretudo da antropologia, mas também da sociologia e da psicologia, que, através de estudos sobre outras sociedades não ocidentais, descobriram que em culturas distintas podem ser conhecidas diferentes concepções de velhice. A partir de então, surgiram questionamentos sobre a universalidade da visão ocidental, alertando que as representações de velhice, enraizadas nas ideias de deterioração e de perda, não eram universais (UCHÔA, 2003).

Segundo Alves Junior (2009), a velhice é reconhecida, na atualidade, como um fenômeno histórico, cultural e multifacetado, que perpassa as trajetórias de vida pessoal e social e só pode ser compreendida em determinado tempo, espaço, classe social, relações de gênero e de etnia. O processo do envelhecimento não se resume aos aspectos demográficos e sua complexidade exige que seja estudado por diversos ângulos. É um fenômeno que ocorre em toda a história da humanidade, mas

apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, com o tempo e com o território considerado.

Um exemplo clássico dessa outra visão da velhice foi apresentado por Evans-Pritchard (1989), em seu estudo antropológico sobre os Nuer, grupo étnico do Sudão, no qual a passagem de um jovem para a fase adulta é composta por reverências aos idosos, que são considerados superiores na hierarquia social. Segundo Uchôa (2003), outro exemplo de sociedade que concebe o envelhecimento de outra forma são os Bambara do Mali, que consideram a velhice uma conquista. Para eles, o envelhecimento é compreendido como um processo de crescimento que ensina, enriquece e enobrece o ser humano. Ser velho significa ter vivido, ter criado filhos e netos, ter acumulado conhecimento e ter conquistado, por essas experiências, um lugar socialmente valorizado. A idade é um elemento determinante da posição de cada indivíduo na sociedade e toda a vida social é organizada de acordo com o princípio da senioridade. Dessa maneira, seus integrantes consideram que os mais velhos estão mais próximos dos ancestrais e, por esse motivo, têm o poder e a autoridade.

Foi por meio das descobertas de Guemple, em 1989, que outro grupo étnico despertou curiosidade no mundo ocidental. O autor estudou o comportamento e as atitudes dos jovens esquimós para com os idosos, analisando que, por um lado, eles demonstram carinho e afeição para com os mais velhos, mas, por outro, podem abandoná-los no meio de uma estrada ou ajudá-los a cometer suicídio, por afogamento ou estrangulamento (UCHÔA, 2003).

É importante compreender que não se pode ter uma visão idealizada e homogênea das sociedades não ocidentais, sendo preciso reconhecer o contributo dos estudos realizados nessas sociedades. À medida que se documentou o processo do envelhecimento em diferentes culturas e que se constatou a diversidade de formas de envelhecer, “a velhice e o envelhecimento deixaram de ser encarados como fatos naturais, para serem encarados como fenômenos profundamente influenciados pela cultura” (UCHÔA, 2003, p. 851).

Para Camarano, Alcântara e Giacomim (2016), o envelhecimento é abordado como um fenômeno universal, que gera problemas comuns, mas que podem ser vividos e resolvidos diferentemente, nas distintas sociedades. Nas sociedades ocidentais, por exemplo, o envelhecimento é geralmente descrito em termos negativos (perda, falta) e não valorizado socialmente. Essa exacerbação da visão deficitária está ligada à maneira pela qual a velhice, no Ocidente, situa-se na contracorrente de uma

sociedade centrada na produção, no rendimento, na juventude e no dinamismo. Para os autores, tem sido a partir da ideia de perda (perdas de papéis sociais, perda de capacidades intelectuais) que ainda se estruturaram os programas destinados aos idosos. Compreender de que forma outras sociedades vivenciam o processo do envelhecimento auxilia na reflexão sobre a influência da cultura na percepção de si e do outro, na construção das identidades e das novas identidades sobre o envelhecimento.

Percebe-se que essas transformações no modo de vida das pessoas, ocorridas no cotidiano, são ocasionadas por fatores como mudanças no tamanho das famílias, nos padrões de diferenças das gerações, nos dilemas acerca de idosos mais idosos, entre outros. Essas preocupações da atualidade influenciam nas práticas sociais, modificando-as e remodelando-as, fazendo com que ocorra “[...] uma nova reestruturação cultural contemporânea [...]”. (ORTIZ, 1994, p. 125).

Como afirma Bhabha (1998, p. 22):

As diferenças sociais não são simplesmente dadas à experiência através de uma tradição cultural já autenticada; elas são os signos da emergência da comunidade concebida como projeto ao mesmo tempo uma visão e uma construção que leva alguém para além de si para poder retornar, com um espírito de revisão e reconstrução, às condições políticas do presente.

A construção e a reconstrução de identidades são produzidas a partir de como se analisam e avaliam um ao outro, influenciando nas formas de se constituírem como idosos na sociedade. As formas de participação em processos que envolvam questões políticas podem ocorrer de distintos modos diante de contextos culturais e territoriais.

Assim, a complexidade do objeto investigado se manifesta de imediato com a denominação do fenômeno estudado: velhice, terceira idade ou maturidade ativa? Velho, idoso, geronte, gerontino, velhote ou ancião? As várias designações tentam amenizar o discurso de valores que os idosos vivem em seu cotidiano. A superação do estigma a que os idosos são submetidos, e a significação que ela adquire na construção do espaço de cidadania, importa mais do que a rotulação (ALVES JUNIOR, 2009).

Mesmo se referindo a uma faixa etária demarcada, como o é a velhice, é preciso enfatizar que ela tem as suas especificidades determinadas pela posição da classe social, pelas condições socioeconômicas e sanitárias individuais ou coletivas

da região onde vivem e por contextos pessoais do próprio indivíduo (CHAUÍ, 2008). Ferrigno (2016) reforça que o papel dos mais velhos é fundamental para a transferência dos conhecimentos dos ritos e de seus significados, enfim, das tradições, às novas gerações nas sociedades, sendo a memória social ou histórica imprescindível para a compreensão dessa cultura, repassada entre as gerações nas sociedades.

Por sua vez, para Williams (1992, p. 206), a cultura é entendida enquanto processo de produção e produto da sociedade, “como um sistema de significações realizado”. Enquanto tradição é vista “como conjunto de trabalho intelectual e imaginativo” (WILLIAMS, 1969, p. 329) e determinada pela vida material, além de ser referenciada enquanto uma cultura cotidiana, destituída de valorações ou hierarquias. Sob esse entendimento, cultura “é tudo o que constitui a maneira de viver de uma sociedade” (CEVASCO, 2008, p. 51) e a sua natureza está comprometida tanto com o que se entende por “tradição” ou herança cultural da humanidade quanto com os processos criativos da vida diária das pessoas (CERTEAU, 2012).

Ao conceber a ideia de uma cultura cotidiana assente nas relações sociais e concretas vividas pelos indivíduos, Williams (1992) se opõe a fazer distinções sobre tipos de cultura ou a relacionar passivamente os produtos culturais a determinado tipo específico de classe social. Para o autor, o termo “cultura” se destaca em alguns aspectos da história de seu uso, o qual passou por significativas transformações. Dessa forma,

[...] há certa convergência prática entre (i) os sentidos antropológico e sociológico de cultura “como modo de vida global” distinto, dentro do qual se percebe, hoje, um “sistema de significações” bem definido não só como essencial, mas como essencialmente envolvido em *todas* as formas de atividade social, e (ii) o sentido mais especializado, ainda que também mais comum, de cultura como ‘atividades artísticas e intelectuais’, embora estas, devido à ênfase em um sistema de significações geral, sejam agora definidas de maneira muito mais ampla, de modo a incluir não apenas as artes e as formas de produção intelectual tradicionais, mas também todas as ‘práticas significativas’ – desde a linguagem, passando pelas artes e filosofia, até o jornalismo, moda e publicidade – que agora constituem esse campo complexo e necessariamente extenso. (WILLIAMS, 1992, p. 13, grifo do autor).

A compreensão do termo “cultura” adquire um caráter universal e abarca tanto as mais rudimentares manifestações populares quanto o que costumamos chamar de alta cultura ou cultura erudita. Logo, as questões culturais podem ser de âmbito global, como em áreas mais específicas, sem, contudo, estabelecer valorações ou

hierarquias no sentido de considerar determinado tipo de cultura ou prática cultural superior ou inferior, e isso vale tanto para as artes quanto para as práticas cotidianas.

Swidler (1986) insere a discussão sobre cultura política e expõe que esta seria uma caixa de ferramentas, composta por símbolos, rituais e visões de mundo que só adquirem sentido pelo uso, isto é, quando mobilizados para orientar ações. Destaca que a cultura se relaciona com a ação política em chave pragmática: como estruturadora dos processos de seleção, interpretação, reinvenção e uso intencional de significados por seus agentes.

Ortiz (1994, p. 123) argumenta que cada “povo” é uma entidade, um “mundo” diverso dos outros, e a cultura lhes permite dar conta dessa pluralidade dos modos de vida e de pensamento. Para ele, é o sistema-ideia das sociedades, construída em decorrência da consequência das nossas tentativas, coletivas e históricas, de nos relacionarmos com as contradições, as ambiguidades e a complexidade da realidade sócio-política desse sistema particular.

Para compreender a existência de várias identidades, é necessário entender que as identidades modernas estão sendo descentradas, ou deslocadas e fragmentadas. Esse conceito de deslocamento está fundamentado nas descontinuidades da modernidade, que não significa a ruptura completa e sua substituição por outro modelo, mas sim um processo de rupturas e fragmentações internas. Para o autor, as sociedades pós-modernas são caracterizadas pelas diferenças e pelas diversidades, além de serem atravessadas por diferentes tensões e contradições sociais, que produzem inúmeras formas dos sujeitos se posicionarem e exporem suas identidades.

Na perspectiva de Ortiz (2004), é necessário que se faça a distinção entre poder e política, pois o primeiro, como algo eminente às sociedades e às relações sociais, nem sempre se refere à segunda. Entre a política e o poder encontram-se as mediações. Sem elas, corre-se o risco de, indevidamente, “politizar” a compreensão analítica, deixando-se de lado aspectos importantes, às vezes definitivos, da constituição de alguns fenômenos sociais. Entender a cultura como um lugar de poder significa que a produção e a reprodução da sociedade passam, necessariamente, por sua compreensão, aspecto que se acentua no contexto da globalização.

Assim, compreender a forma das diversas interpretações sobre o envelhecimento nas sociedades perpassa por interpretações culturais muitas vezes distintas e que quase sempre podem ser interpretadas pela força do capitalismo

exercido nessas sociedades, reforçando o imaginário social a respeito de que ser idoso possa ser pouco valorizado. No entanto, a ONU (2002), por exemplo, tem se empenhado para que haja uma mudança de paradigma.

Uma das possibilidades de ação para que esse paradigma se rompa é a garantia dos direitos pela democracia e pela participação, soluções apontadas por diversos autores como uma das possibilidades de mudanças para a população que envelhece (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016). Dessa forma, desenvolve-se, a seguir, uma reflexão sobre a trajetória da democracia, traduzida pelos diversos autores ao longo do contexto histórico.

2.2 Democracia e participação – um contexto histórico

O conceito de democracia surgiu na Grécia antiga, aproximadamente no século V a.C. O termo *demokratia* é composto pelos vocábulos *demo* (povo) e *kratos* (poder). A democracia é, assim, um regime político que supõe o governo direto ou indireto da população, mediante eleições regulares para os cargos administrativos do país, do estado ou do município. No entanto, mesmo entre os gregos antigos, a noção de existência de um povo abrangia tão somente os que eram considerados cidadãos, o que correspondia a uma pequena parcela da sociedade na época, ou seja, apenas os homens adultos nativos e que fossem proprietários. Mulheres e escravos estrangeiros não eram considerados cidadãos (VEDOVATE; DELLORE, 2016).

O conceito de povo como coletividade que compartilha direitos e deveres tidos como essenciais somente aparece muitos séculos depois, no período histórico denominado Idade Contemporânea, cujo início se deu após a Revolução Francesa, no fim do século XVIII. Para Vedovate e Dellore (2016), desde a sua formulação, na Grécia, até o século XIX, poucos governos a adotaram e, quando o fizeram, foi sempre como resposta à luta dos diferentes grupos excluídos do processo de tomada de decisão política. Desse modo, foi sempre uma conquista das sociedades.

No entanto, para além dessa democracia direta criada pelos gregos antigos, há outras duas formas de democracia: a representativa e a participativa, também conhecida como forma deliberativa. A democracia representativa surgiu como conceito após as revoluções burguesas da Europa, entre os séculos XVII e XIX, especialmente a partir das ideias iluministas de liberdade e primado da razão, bem como da independência dos Estados Unidos da América (EUA), no século XVIII. O

modelo caracteriza-se pela representação política e, nele, as deliberações coletivas não são tomadas diretamente pelos cidadãos, mas sim por pessoas eleitas para tal finalidade. Nesse contexto, a participação dos cidadãos é indireta, periódica, formal e se expressa por meio das instituições eleitorais (AGUIAR, 2016).

Por sua vez, a democracia participativa, ou sua forma deliberativa, surgiu na América Latina na década de 1980, devido ao fato de que somente a democracia representativa foi incapaz de fazer com que os governos agissem de acordo com os interesses da maioria dos cidadãos. Então, a democracia participativa surgiu como alternativa de superação das deficiências do sistema representativo do Estado. As suas principais propostas buscam ampliar a participação cidadã nos assuntos públicos e reduzir a distância entre representantes e representados. Ademais, visa propiciar uma ação política mais igualitária, baseada em grande número de grupos sociais que, articulados em rede, contribuem para orientar as ações governamentais no sentido de atender às necessidades da maioria dos cidadãos (AGUIAR, 2016; VEDOVATE; DELLORE, 2016).

De acordo com Santos (2011), a democracia participativa é exercida por mecanismos que buscam ampliar a participação social, além de criticar o modelo representativo por ter se tornado um método de formação de governo quando deveria ser uma prática social inserida na política dos atores sociais excluídos.

Segundo Nogueira (2011), na Idade Moderna, a partir de meados do século XVI, surge a ideia de autonomia do indivíduo, que deu origem ao individualismo e ao liberalismo político. A democracia assume, assim, um perfil diferente daquele desenvolvido na Grécia antiga. Se antes estava relacionada à ideia de igualdade, na sua nova versão passa a relacionar-se primordialmente à ideia de liberdade. O principal dilema político estabelecido na época fundamentava-se na limitação do poder do Estado e na ampliação das liberdades individuais, como o direito à propriedade material e o de defender-se judicialmente. Surgiram, então, alguns autores, que, de acordo com Nogueira (2011), propuseram algumas ideias para solucionar o problema.

Nogueira (2011) destaca que Hobbes entendia que os homens, quando estão em estado de natureza, tendem a agir pela força e pela violência para conseguir o que desejam, o que provocaria uma guerra entre todos os envolvidos, tornando-se necessário que os indivíduos firmassem um contrato social regulado por uma autoridade soberana, no caso a monarquia absolutista, pois acreditava que as

assembleias e os parlamentos estimulavam os conflitos devido às disputas entre facções e partidos. Ademais, defendia que a transferência dos direitos dos indivíduos ao soberano não o tornava divino, mas justo em seu exercício, e esse soberano, por sua vez, não a recebia em causa própria.

Aguiar (2016) destaca outro autor contratualista, John Locke, para quem o poder soberano deve permanecer nas mãos dos cidadãos que são os melhores juízes de seus próprios interesses. Cabe ao governante retribuir a delegação de poderes, garantindo as prerrogativas individuais, a segurança jurídica e a propriedade privada. Assim, o contrato social teria como função garantir direitos naturais a todos. Para Locke (AGUIAR, 2016), o princípio da maioria é fundamental para o funcionamento das instituições políticas democráticas, assim como as leis, devem valer para todos. Portanto, acreditava que a elaboração das leis deve estar a cargo de representantes escolhidos pelo povo, que exerceriam o papel de legisladores no interesse da maioria. Segundo Nogueira (2011), o regime proposto por Locke seria o da democracia representativa.

Nogueira (2011) afirma que outro filósofo político importante para a contribuição da consolidação da democracia foi Jean-Jacques Rousseau, que se ocupou da preocupação da legitimidade da ordem política. Para ele, a desigualdade causada pelo advento da propriedade privada seria a causadora de todos os sentimentos ruins do ser humano. Em seu livro *Do contrato social* (ROUSSEAU, 1757), o filósofo afirma que a democracia só pode existir se for diretamente exercida pelos cidadãos, sem representação política, pois a vontade geral não poderia ser representada, apenas exercida diretamente. A democracia direta é a única forma legítima da autoridade e do ato político.

Nogueira (2011) destaca, ainda, que outro importante pensador da teoria democrática moderna foi Montesquieu e que esse autor, em seu livro *O Espírito das leis de 1748*, na 42ª edição (1972), afirma que igualdade na democracia é algo muito difícil de garantir plenamente. Partindo do princípio de que é necessário um controle externo para que os sistemas políticos funcionem bem, esse pensador defende a criação de regras que estabeleçam limites aos detentores do poder para manter a liberdade dos indivíduos. Por isso, propôs a divisão da esfera administrativa em três poderes ou funções independentes entre si: o Legislativo, o Executivo e o Judiciário. Para Nogueira (2011), a democracia, segundo Montesquieu, seria garantida pelo equilíbrio entre os três poderes, assegurando mais liberdade aos indivíduos.

Já Aguiar (2016) constata que, para Karl Marx e Freidrich Engels, um governo democrático seria inviável numa sociedade capitalista, pois a regulação democrática da vida não poderia realizar-se com as limitações impostas pelas relações capitalistas de produção. Seria necessário, portanto, mudar as bases da sociedade para criar a possibilidade de uma política democrática. Para esses autores, os princípios que protegem a liberdade dos indivíduos e defendem o direito à propriedade tratam as pessoas como iguais apenas formalmente. O movimento em favor de igualdade política era reconhecido por Marx como um passo importante, mas o seu potencial emancipador estava seriamente limitado pelas desigualdades de classe. Dessa forma, as democracias liberais são cerceadas pelo capital privado, que restringe sistematicamente as opções políticas. A liberdade nas democracias capitalistas é, portanto, puramente formal, pois a desigualdade de classe prevalece.

Ao longo do século XIX, a teoria democrática foi desenvolvida a partir do confronto entre as mais expressivas doutrinas políticas: o liberalismo e o socialismo (VIEGAS; FARIA; SANTOS, 2010). O liberalismo é um projeto que defende as limitações dos poderes governamentais, buscando a proteção dos direitos econômicos, políticos, religiosos e intelectuais dos membros da sociedade. Conforme Cabral (2014), para os liberais, o poder do Estado deve ser limitado, pois acreditam que a verdadeira liberdade depende da menor interferência possível do Estado e das leis. Para Nogueira (2011), o principal representante do liberalismo foi Benjamin Constant, autor da obra *A liberdade dos antigos comparada com a dos modernos em 1814*, na qual afirmava que a liberdade dos modernos, que deve ser promovida e desenvolvida, é a liberdade individual na sua relação com o Estado, enquanto a liberdade dos antigos, que se tornou impraticável, é a de participação direta na formulação das leis.

Outros autores, como Alexis de Tocqueville, autor do livro *Da democracia na América* (1832), e John Stuart Mill defenderam a ideia de que a única forma de democracia compatível com o Estado liberal seria a representativa. Ainda, a corrente tocquevilleana destaca a importância das associações para que o envolvimento político aconteça. Segundo Vedovate e Dellore (2016), Mill criou o princípio do dano, no qual cada indivíduo tem o direito de agir como quiser, desde que as suas ações não prejudiquem outras pessoas. Defendia que se a ação afeta diretamente apenas as pessoas que a estão realizando, a sociedade não tem o direito de intervir, mesmo

que o indivíduo esteja se prejudicando, a não ser que o seu prejuízo atinja a coletividade.

Quanto ao socialismo, tem como principal teórico sobre democracia Antônio Gramsci. Para Nogueira (2011), Gramsci desacreditava de uma tomada de poder que não fosse precedida por mudanças de mentalidade. Para ele, os agentes principais dessas mudanças seriam os intelectuais e um dos instrumentos mais importantes para a conquista da cidadania seria a educação. Dagnino (2004) salienta que essa concepção possibilitou interpretar a contribuição dos movimentos sociais para a reformulação intelectual e moral fundamental para a transformação social, pois houve crítica à democracia representativa e uma ampliação da participação popular e de controle do poder por meio dos chamados “conselhos operários”.

Por sua vez, Vedovate e Dellore (2016) explicam que a diferença crucial entre democracia dos conselhos e democracia parlamentar é que a primeira reconhece ter havido um deslocamento dos centros de poder dos órgãos tradicionais do Estado para a grande empresa na sociedade capitalista e, por esse motivo, afirmam que o controle que o cidadão pode exercer por meio dos canais tradicionais da democracia política não é suficiente para impedir os abusos de poder.

Ao adentrar em meados do século XX, a democracia é discutida por diversos autores, que fazem parte de uma corrente nomeada de pluralista (AGUIAR, 2016), sendo Robert Dahl (2001), em seu livro *Sobre a democracia*, um de seus principais pensadores. Segundo Vedovate e Dellore (2016), foi a partir de observações de experiências de sistemas políticos que os pluralistas estipularam alguns requisitos mínimos: funcionários eleitos; eleições livres; liberdade de expressão, fontes de informações diversificadas; autonomia para associações e cidadania inclusiva. Isso contribuiu assim para os modelos políticos e democráticos atuais.

Os autores destacam que Joseph Schumpeter (1961), em sua obra *Capitalismo, socialismo e democracia*, faz críticas às teorias clássicas de democracia, especialmente à relação estabelecida entre democracia e soberania popular. De acordo com Vedovate e Dellore (2016), a definição clássica de democracia do autor supõe duas ficções incapazes de resistir a uma análise realista: a existência do bem comum e a universalidade da racionalidade dos indivíduos. Esses dois elementos seriam mitos, tanto o da unidade da vontade geral, que constituiria o bem comum, quanto o da racionalidade dos indivíduos, que, para ele, se tornaram irracionais no

sentido de não conseguirem definir coerentemente as suas preferências diante da influência da propaganda e de outros métodos de persuasão.

Dessa forma, Shumpeter (1961) rompe com a ideia de democracia como soberania popular para propô-la como método, ou seja, um tipo de arranjo institucional de governos para alcançar decisões políticas. Assim, apresenta a superação do impedimento provocado pela irracionalidade das massas, reduzindo a sua participação na política ao ato da produção de governos, estando as atribuições político-administrativas a cargo das elites eleitas.

Tavares (2013) afirma que Macpherson (1962) era contrário a essa versão, pois sustentava que a liberdade e o desenvolvimento individual só podem ser alcançados plenamente com a participação direta e contínua dos cidadãos na regulação da sociedade e do Estado, ou seja, defendia a democracia participativa. Para Macpherson (1962), seria necessária uma transformação baseada num sistema que combinasse partidos competitivos e organizações de democracia direta, que, então, criariam a base real para a democracia participativa. Entretanto, para que esse modelo pudesse se desenvolver, seria necessário que os partidos políticos se democratizassem, com princípios e procedimentos de democracia direta, complementada e controlada por organizações geridas por pessoas comuns em seus locais de trabalho e nas comunidades locais.

Porém, foi Thomas Humphrey Marschall (1967) quem, segundo Saes (2001), estabeleceu uma divisão dos direitos de cidadania em três estágios. O primeiro ocorre com a conquista dos direitos civis, ou seja, a garantia das liberdades individuais, como a possibilidade de pensar e se expressar de maneira autônoma, bem como de garantia do ir e vir e do acesso à propriedade privada. A conquista desses direitos foi influenciada pelas ideias iluministas e resultou da luta contra o absolutismo monárquico do Antigo Regime. Esse processo teve como resultado um maior advento da isonomia, ou seja, da igualdade jurídica.

O segundo estágio refere-se aos direitos políticos, entendidos na forma de possibilidade de participação da sociedade civil nas diversas relações de poder presentes numa sociedade, em especial a de escolha de representantes ou de se candidatar a qualquer tipo de cargo, assim como de se manifestar em relação a possíveis transformações a serem realizadas. Os direitos políticos têm relação direta com a organização política dos trabalhadores do final do século XIX. Para buscar melhores condições de trabalho, eles utilizaram mecanismos da democracia e a

organização de partidos e sindicatos como forma de fazer valer os seus direitos (SAES, 2001).

Por fim, o terceiro estágio corresponde aos direitos sociais vistos como essenciais para a construção de uma vida digna a partir de padrões de bem-estar socialmente estabelecidos, como educação, saúde, lazer e moradia. Esses direitos surgem em decorrência das reivindicações de diversos grupos pelo aumento da qualidade de vida. É o momento em que os cidadãos lutam por melhorias no sistema educacional e de saúde pública, pela criação de áreas de lazer e pela seguridade social (SAES, 2001).

Para Marshall (1967), cidadão é aquele que exerce os seus direitos civis, políticos e sociais de forma efetiva. Logo, percebe-se que o conceito de cidadania está permanentemente em construção, pois a humanidade está sempre em luta por mais direitos, mais liberdade e melhorias de garantias individuais e coletivas. Ser cidadão, portanto, para esse autor, significa ter consciência de ser sujeito de direitos. Direito à vida, ao voto, à saúde, enfim, direitos civis, políticos e sociais.

A definição apresentada por Marshall (1967), ao que tudo indica, ainda é o mito contemporâneo do que é cidadania. Para Faleiros (2007), essa divisão tripartite não considerou as lutas sociais e as lutas de classe na implantação da cidadania ou da visão da cidadania como participação. Dessa forma, a ideia de direitos corresponde à de deveres, uma vez que, numa coletividade, os direitos de um indivíduo são condicionados pelo cumprimento dos deveres dos demais componentes da sociedade. O cidadão tem que estar consciente das suas responsabilidades como integrante de um grande e complexo organismo que abrange coletividade, nação e Estado, cujo bom funcionamento depende de que todos contribuam (FALEIROS, 2007). O Estado tem o dever de garantir os direitos humanos, protegendo-os contra violações, embora, conforme argumenta Aguiar (2016), em muitos casos ele próprio o cometa, desrespeitando a Constituição.

Para Fonseca (2010), o paradigma dominante em ciência política desde o final da Segunda Guerra Mundial tem sido o liberal, individualista e racionalista. No entanto, expõe o autor que a viragem de linguagem proposta transformou-se, 20 anos depois, na viragem para a deliberação. Habermas (2003) define democracia deliberativa como aquela na qual se pressupõe que haja um processo coletivo de tomada de decisões em que todos os afetados por ela, ou os seus representantes, participem. A componente deliberativa, portanto, implica que a tomada de decisão seja feita pela

troca de argumentos entre os participantes, que, por sua vez, subscrevem os valores da racionalidade e da imparcialidade. Para o autor, as políticas democráticas deliberativas, que seriam uma forma da democracia participativa, decompõem-se em dois níveis: uma primeira esfera informal de comunicação pública livre, que se manifesta pelo trabalho de associações da sociedade civil, e outra formal, onde se tomam decisões pelo método deliberativo e que é sensível à opinião da corrente informal. Combina-se, assim, segundo Habermas (2003), uma esfera onde há participação em massa e na qual são tomadas decisões políticas.

Além disso, Putnam (1996, p. 104) afirma que participar ativamente de associações, mesmo que não sejam de cunho político, aumenta os níveis de “[...] consciência política, confiança social, participação política e ‘competência cívica subjetiva’”. Para Tirelli e Agostini (2015), a participação produz o envolvimento em interesses, incorporando e promovendo a colaboração social entre as pessoas.

Pode-se observar que, ao longo do curso da história, o processo de democratização, tal como se desenvolveu nos Estados liberais democráticos, consiste numa transformação mais quantitativa do que qualitativa do regime representativo, ou seja, o desenvolvimento da democracia, nesses regimes, ocorre em duas direções: no alargamento gradual do direito do voto e na multiplicação dos órgãos representativos, conforme também constata Viegas, Faria e Santos (2010). Isso significa que ainda se está num paradigma de transição de uma democracia representativa para uma deliberativa, na qual o modelo presente apresenta falhas quanto à efetividade da participação dos cidadãos. Há, então, tentativas de fortalecimento da democracia deliberativa que remam contra forças da instituição liberalista imposta nos modelos democráticos atuais.

A busca das sociedades para alcançar a qualidade de serviços ofertados pelo Estado, por meio do recolhimento de impostos, leva a uma indagação sobre onde seriam constituídos esses espaços de reivindicação de direitos básicos. A saúde tornou-se um direito básico elencado, desde 1948, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que a reconheceu como direito inalienável de toda e qualquer pessoa e como um valor social a ser perseguido por toda a humanidade. A partir de então e progressivamente, diversos Estados passaram a incluir este e outros direitos humanos em suas constituições, convertendo-os em direitos fundamentais derivados do pacto social estabelecido em cada país.

Portanto, a saúde tornou-se direito constitucional nos países democráticos, mas nem por isso efetivou-se em oferta satisfatória às sociedades, que, em movimentos sociais específicos de cada país, reivindicam-na como direito de oferta do Estado com qualidade e presteza. Originam-se, assim, espaços distintos em cada sociedade, de acordo com o seu processo histórico, político e cultural, que, muitas vezes, são palco de exercícios de luta e poder de forças quase sempre desiguais. Dessa forma, apresentam-se, a seguir, os espaços constituídos em saúde como possibilidade de exercício da participação democrática dos idosos em Portugal e no Brasil.

2.3 Participação e cidadania – espaços de exercício cidadão em saúde

2.3.1 Em Portugal

Atualmente, em Portugal, os pressupostos para a boa governança exigem cada vez mais o reforço da mútua interdependência de atores em dispositivos participativos, com o objetivo de resolver competentemente os problemas públicos, melhorando a qualidade das decisões (SERAPIONI; MATOS, 2014). Contudo, nem sempre foi assim. Desde as décadas do final de 1970 e 1980, abordagens deliberativas baseadas na participação do cidadão em contextos de decisão vêm sendo consideradas essenciais ao desenvolvimento da Democracia na Europa e, conseqüentemente, em Portugal. Nesse sentido, têm se multiplicado as iniciativas de participação provenientes da organização da sociedade civil, cujo denominador comum tem sido o de exercer forte pressão sobre o setor público, a fim de reformular o sistema dos direitos sociais, não mais entendidos como o direito a serviços planejados e prestados pelo Estado, mas como exigência de mais envolvimento, por parte dos cidadãos, na definição das políticas públicas.

Essa nova ascensão de cidadania destaca a importância da comunidade e das obrigações do indivíduo e promove um modelo de participação ativa dos cidadãos, das instituições e dos serviços públicos (CROUCH, 2004; HABERMAS, 1996; SANTOS, 2003). Nesse sentido, a participação é entendida não só como titularidade de direitos que confere às pessoas a capacidade de agir, mas como direito de participar na vida política, orientado para a promoção de uma forma mais ativa de cidadania. Esta, como prática baseada em estratégias de envolvimento dos cidadãos,

é capaz de fortalecer a corresponsabilidade e a transparência desses serviços públicos. Assim, para Serapioni e Matos (2014), ser cidadão significa poder desfrutar dos direitos necessários para participar da vida social e política e, nesse sentido, a cidadania está também associada à promoção e ao desenvolvimento pessoal.

Várias organizações internacionais (CEC, 2001; OECD, 2001; ONU, 2002; WHO, 2006a) têm exortado os governos nacionais e regionais para a necessidade de desenvolver espaços públicos, ancorados na sociedade civil, como *lócus* apropriados à democratização dos sistemas de saúde. Segundo Serapioni e Matos (2014), as instituições de saúde portuguesas ainda são criticadas por não oferecerem oportunidades e não desenvolverem mecanismos adequados para que os cidadãos, sobretudo os mais desfavorecidos, possam participar direta e ativamente nesses processos de decisão. A Organização Mundial de Saúde, por exemplo, tem promovido a participação enquanto estratégia para reduzir as desigualdades sociais de saúde (WHO, 2006a). Parceria, participação e *empowerment* são algumas das palavras-chave mais recorrentes nos textos de reforma aplicados aos sistemas de saúde dos países ocidentais.

Em Portugal, os espaços destinados à participação no âmbito da política de saúde têm como referência os Coletivos Sociais de Saúde (CSS), que assumem um importante papel na defesa dos direitos e na redefinição de políticas públicas no país, tradicionalmente conhecidos como movimentos sociais da saúde, assumindo várias formas de movimento, ou por ativismo terapêutico, por defesa de direitos de assistência em saúde, ou por associações de familiares e de doentes (FILIPE *et al.*, 2014; NUNES, 2008).

Para Viegas, Faria e Santos (2010), o argumento tocquevilleano é o de que as associações são consideradas um fator politicamente relevante, no sentido de que proporcionam condições favoráveis ao regime democrático e ao seu funcionamento, pois é por via do associativismo que as pessoas não só estabelecem relações duradoras umas com as outras, contribuindo para a sua integração, mas também são capacitadas para a participação política, pela interiorização de valores de cooperação. Portanto, em Portugal, os CSS são locais de empoderamento dos direitos políticos.

Assim, esses Coletivos têm procurado intervir ativamente nas agendas de investigação social e biomédica, especialmente na angariação de fundos para financiamento de investigação, bem como na produção de conhecimento e na disseminação de informação e envolvimento nas políticas nacionais de saúde

(SERAPIONI; MATOS, 2014). Para esses autores, muitos CSS têm emergido a partir de grupos que constroem uma identidade em torno de doenças, deficiências ou problemas de saúde específicos, trazendo a público diferentes exigências políticas e desafios médicos e científicos (FILIPE *et al.*, 2014).

Segundo Filipe *et al.* (2014), os CSS nem sempre tiveram esse modelo na Europa e nos Estados Unidos. O primeiro modelo, que se distinguiu numa fase inicial do CSS, na década de 1950, foi o de autoajuda, que surgiu das experiências dos Alcoólicos Anônimos dos Estados Unidos e era baseado na partilha de experiências entre os participantes, tendo como base uma identidade valorizada pelas competências adquiridas.

Nas décadas seguintes, esse padrão foi adotado por outros CSS, criados em torno de doenças crônicas e incapacitantes, mas faziam uma crítica ao individualismo e ao secretismo da autoajuda e, conseqüentemente, foi sendo substituído por um modelo apoiado por grupos de pressão e de defesa de direitos, que emergiram nas décadas de 1960 e 1970. Esse modelo surgiu concomitantemente aos movimentos em torno da deficiência nos EUA e, posteriormente, na Europa, que incorporaram, por sua vez, uma identidade coletiva e compartilhada em torno da deficiência e da incapacidade, ao mesmo tempo em que trouxeram a causa do direito à diferença para a esfera pública (BARNES; MERCER, 2010).

Um terceiro modelo emergiu na década de 1980, baseado no ativismo terapêutico e científico, nos EUA e na Europa, a partir da necessidade de criar determinadas resoluções aos problemas médicos e ao desenvolvimento de novas terapias, pois foi nessa época que surgiram doenças pouco conhecidas e negligenciadas, cujos impactos eram letais, como a Aids (*Acquire Immunodeficiency Syndrome*). No ativismo terapêutico, houve grande necessidade de reunir equipes de investigação médica e seus pacientes para que se pudesse chegar às terapias antirretrovirais (BARBOT; DODIER, 2002).

Para Filipe *et al.* (2014), tornou-se visível que as ações dos CCS, em Portugal, são guiadas por determinados modelos institucionais e de ativismo, cuja eficácia está relacionada com estratégias de integração no conhecimento e na governança em saúde, sobretudo porque Portugal está no espaço europeu de alianças e coligações que permitem ampliar a sua visibilidade pública e seu impacto político. No entanto, para Nunes (2008), este não é um fenômeno uniforme e deve estar sempre situado no contexto nacional do ativismo e da saúde. Assim, o autor exemplifica que, enquanto

na França a associação de miopatias e doenças neuromusculares aparece como padrão de emancipação ou parceria na produção de conhecimentos com o saber biomédico, no Reino Unido o modelo do envolvimento do usuário tem sido apropriado pela reforma dos serviços de saúde e por sua privatização. Já em Portugal, o enfraquecimento do associativismo e do ativismo tem vindo, segundo Filipe et al. (2014), a impor limites à ação dos CCS por sua história recente, sobretudo após o 25 de abril de 1974. O regime imposto durante 41 anos, o salazarismo, não permitia a criação de associações e sindicatos, amordaçando os portugueses literalmente e afetando, conseqüentemente, a possibilidade de formas organizacionais entre os cidadãos principalmente entre os mais idosos, que viveram nesse período.

No entanto, Filipe *et al.* (2014) afirma que os coletivos sociais na saúde têm promovido práticas inovadoras entre os diversos atores no campo da saúde, como os profissionais e as instituições de prestação de cuidados, os governantes e decisores políticos e as comunidades científicas e de investigação. Por outro lado, a atuação desses coletivos no plano de investigação e das políticas de saúde é pautada pelo envolvimento em atividades tradicionalmente reservadas aos especialistas, investigadores e profissionais de saúde, apesar dos esforços enredados pelas associações ao demonstrarem, ao poder político e ao público, as necessidades de cada uma.

Outro espaço de grande relevância para a participação dos portugueses diz respeito aos equipamentos de saúde. Naquele país, o usuário é incentivado a avaliar a qualidade do serviço ofertado e os profissionais, além de poderem sugerir melhorias no cuidado em saúde (SERAPIONI; MATOS, 2014), apesar de haver poucos equipamentos de saúde que efetivam essa prática. Esses espaços para a participação avaliativa dos serviços são determinados pelo Ministério da Saúde e de Segurança Social e aplicados pelos colaboradores do equipamento de saúde, incentivando, de forma individual e voluntária, a avaliação deste e de seus profissionais por todos os usuários dos serviços. Esse método permite ao participante propor mudanças significativas nos locais em que o serviço de saúde é prestado a ele ou ao seu familiar.

Esses são os espaços específicos para a reivindicação do direito à saúde dos portugueses. No entanto, há outros espaços, destinados ao diálogo entre a população e o Estado, como, por exemplo, a participação efetiva no orçamento participativo de cada conselho ou nas aberturas dos gabinetes dos vereadores e do presidente da Câmara para o atendimento direto, semanal, ao cidadão. São dois espaços de relativa

participação popular, mas, por não estarem vinculados especificamente à saúde, neste estudo são apenas citados, mas não investigados, pois merecem pesquisas aprofundadas.

2.3.2 No Brasil

A preocupação com o envelhecimento populacional no Brasil tem impulsionado políticas, programas e projetos para atender as demandas decorrentes dos idosos e instituir direitos sociais. No entanto, a participação dos idosos nesses contextos, apesar de garantida em diversas leis, não ocorre de forma efetiva, visto que, segundo Paz (2001), um dos fatores decorrentes é a falta de incentivos nos espaços organizativos dos idosos, principalmente com informações a respeito dos seus direitos.

Para essa autora, a discussão sobre a participação política do idoso tem ficado no âmbito dos sindicatos, das organizações de trabalhadores aposentados e das associações e de especialistas porta-vozes dos idosos. Destaca-se que a participação do segmento idoso nos palcos de luta e nos espaços sociopolíticos tem sido frágil e precária, pela pouca motivação do próprio idoso e pelos poucos incentivos à sua organização.

Conforme Bredemeier (2003, p. 99):

O idoso organizado pode abrir caminhos: articular, reivindicar, pressionar, fazer e aparecer. Não o tem alcançado ainda na sua plenitude. Na medida em que estas ações se concretizem, paulatinamente serão estabelecidas, tanto por parte do poder público, como da sociedade civil, novas formas de dar cidadania à velhice.

Paz (2001) ressalta, ainda, que, no Brasil, a falta de discussão sobre cidadania e participação nas organizações de idosos dificulta uma maior adesão das entidades e dos grupos na participação de fóruns e de outras formas de defesa desse segmento. Isso contribui para o processo de desmobilização, comprometendo avanços na formulação e na implantação de políticas públicas, na garantia de direitos e na ampliação da cidadania.

Na década de 1990, em resposta aos movimentos sociais ocorridos nos anos de 1970 e 1980, ocorreu a legalização da democracia instituída na Constituição de 1988, que em seu art. 1º, parágrafo único, expõe que: “Todo poder emana do povo,

que o exerce indiretamente, por representantes eleitos, ou diretamente, nos termos desta constituição” (BRASIL, 1988).

A Constituição de 1988 pressupôs a criação de veículos de participação: conselhos, conferências, fóruns, orçamento participativo, plebiscito, iniciativa popular de lei e referendo. Com a promulgação da referida constituição, a edição de legislações sociais e a política de descentralização administrativa do Estado, houve uma generalização das gestões participativas e do controle social (CARVALHO, 1998).

Os conselhos são resultado das lutas dos movimentos sociais das décadas de 1970 e 1980 contra o autoritarismo, a corrupção, o corporativismo dos tradicionais mecanismos de luta popular (partidos, sindicatos, associações) e por melhores condições de vida, reivindicando espaços de controle social das políticas públicas, até então dominadas pelos agentes estatais (PAZ, 2001).

Os conselhos são, ademais, uma forma de os cidadãos reconquistarem a soberania popular na gestão do bem público, o que dependerá da democratização da cultura política da sociedade, assim como do controle de todas as ações do Estado e da sociedade civil (RAICHELIS, 2000).

A Lei nº 8.842/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e tem por objetivo assegurar os direitos sociais dos idosos (art. 1º) impôs, com caráter de obrigatoriedade, a criação de conselhos gestores nas três escalas (federal, estadual e municipal). No Capítulo III da referida Lei, expõe-se que as normas relativas à organização e à gestão da PNI conferiram aos conselhos a prerrogativa de participação na coordenação geral de tal política por meio da supervisão, do acompanhamento, da fiscalização e da avaliação (artigos 5º e 7º da Lei nº 8.842/1994). Conferiu, ainda, aos conselhos, caráter permanente, paritário e deliberativo, garantindo, pois, sua composição por igual número de representantes dos órgãos e entidades governamentais e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área (artigo 6º, da Lei nº 8.842/1994).

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) ampliou, posteriormente, a competência dos conselhos, quando lhes conferiu a tarefa de zelar pelo cumprimento de todos os direitos estabelecidos pelo estatuto (artigo 7º). Em relação às entidades de atendimento ao idoso, o estatuto lhes atribuiu a responsabilidade por sua própria manutenção. Apesar disso, deve-se destacar a obrigatoriedade do respeito às normas emanadas do poder público sob a orientação dos conselhos, bem como a

necessidade de inscrição dos programas de atenção ao idoso no conselho municipal, ou, em sua inexistência, no conselho estadual ou nacional (artigo 48).

Essa disposição obriga as entidades de atendimento ao idoso a inscreverem seus programas junto ao conselho para que possam concorrer às verbas destinadas pelo governo federal para esse segmento. Dessa forma, não havendo conselho municipal do idoso, será necessário concorrer aos recursos no âmbito estadual, o que pode se tornar um obstáculo para a consolidação das políticas públicas destinadas aos idosos (PAZ, 2001).

A composição dos conselhos é plural porque permite a participação de pessoas de qualquer gênero, crença religiosa, etnia, filiação partidária, convicção filosófica, ou seja, há a possibilidade de que envolvam toda a pluralidade de pessoas que constitui a sociedade brasileira. Isso implica a adoção das diferenças como fator essencial na elaboração, na supervisão, no acompanhamento, na fiscalização e na avaliação das políticas públicas. Com relação à paridade, significa que eles devem ser compostos por um número par de conselheiros e, para cada um que represente o Estado, haverá um representante da sociedade civil (TATAGIBA, 2002).

A natureza deliberativa dos conselhos advém de sua capacidade própria de decidir sobre a formulação, o controle, a fiscalização, a supervisão e a avaliação das políticas públicas, inclusive nos assuntos referentes à definição e à aplicação do orçamento como instituição máxima de decisão.

A natureza consultiva, por sua vez, significa que o Estado, para decidir sobre o direcionamento das políticas públicas, deve consultar o conselho correspondente ao setor/segmento em questão, com o objetivo de atender às reais necessidades de cada um dos que receberão as políticas públicas.

Ao Conselho compete promover o reordenamento das políticas públicas brasileiras rumo à governança democrática, podendo produzir diagnósticos, construir proposições, fazer denúncias de questões que deterioram o sentido e o significado do caráter público das políticas, entre outros. Significa, assim, a interrupção da distância entre a participação popular e a escala em que há as tomadas de decisões.

Conforme Tatagiba (2002), os conselhos são criados para a formulação, o acompanhamento e a fiscalização de políticas públicas (assistência social, idoso, saúde, educação), programas (programa bolsa-família, programa primeiro emprego, alimentação escolar) ou por temas de trabalho (mulher, cultura, esporte, transporte).

Os conselhos gestores da política do idoso não apenas podem, mas devem ser criados, pois a PNI (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) responsabilizam a criação de conselhos de direitos do idoso aos governos federal, estaduais e municipais.

Logo, os conselhos de direitos do idoso são compostos por representantes de entidades governamentais e não governamentais de atendimento ao idoso, pastorais da pessoa idosa, grupos de convivência de idosos, associações de aposentados, idosos usuários de serviços públicos, profissionais que atuam no atendimento ao idoso, entre outros que possuam vinculação ao segmento (PAZ, 2001).

Os conselheiros representantes de entidades governamentais são indicados pelo chefe do Poder Executivo respectivo da União, dos estados e dos municípios e os representantes de entidades não governamentais são eleitos em fórum próprio ou em conferência bienal. A atividade de conselheiro não é remunerada, tampouco gera vínculo empregatício, sendo considerada atividade de relevância pública (BRASIL, 2003).

São atribuições dos conselheiros de direitos do idoso supervisionar, acompanhar, fiscalizar e avaliar a Política do Idoso nos municípios, nos estados e na União (artigo 7º da PNI), além de zelar por todos os direitos do idoso definidos no estatuto (artigo 7º do Estatuto do Idoso). Isso implica a competência de fiscalizar as instituições governamentais e não governamentais que atendem o idoso, as quais devem ser cadastradas junto ao conselho (BRASIL, 2003).

Para tanto, é competência dos Conselhos solicitar relatórios das entidades governamentais e não governamentais que atendem o idoso; realizar visitas a essas instituições; organizar fóruns de debates abertos à população; informar infrações aos direitos do idoso à Vigilância Sanitária, ao Ministério Público e ao Poder Legislativo; garantir o efetivo controle social da política de atenção ao idoso, do orçamento e da gestão de fundos do idoso em todas as escalas governamentais (WANDERLEY, 2012).

É competência dos conselheiros zelar pelos direitos do idoso, supervisionando, acompanhando, fiscalizando e avaliando as políticas nacional, estaduais e municipais do idoso, além de receber e encaminhar denúncias, requisitar vistorias e elaborar relatórios para o Ministério Público e/ou para a Vigilância Sanitária. Também devem realizar e estimular campanhas de divulgação dos direitos do idoso, promover cursos de capacitação de cuidadores e de profissionais que atuam no atendimento a essa

parcela da população, bem como para conselheiros e demais interessados, exigir a publicidade das prestações de contas dos recursos públicos e privados recebidos pelas entidades de atendimento, entre outros.

Dessa forma, o grande desafio dos conselheiros é: superar a fragilidade da sociedade civil no que tange à sua formação – uma vez que não se pode negar o passado autoritário da história brasileira –, bem como a pouca capacitação técnica e política para a negociação e a proposição de políticas públicas; incentivar a transparência das gestões governamentais; estabelecer parcerias com a sociedade; lutar pela democratização da cultura política do Estado e sociedade, procurando a cogestão de políticas públicas. Ademais, tem de conhecer profundamente as políticas internacionais sobre o envelhecimento, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso (TATAGIBA, 2002).

Para a consolidação dessas ações, é necessária a participação do idoso como protagonista deste processo, conforme se observa no artigo 230 da Constituição Federal Brasileira de 1988, que trata da ordem social: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988).

A ideia de participação pode remeter, ainda, a várias concepções, seja ela considerada no âmbito social, no popular ou no político. Compreende-se, à luz de alguns teóricos e pesquisadores, que a participação social é o seu contexto mais amplo, englobando as participações populares e política (WANDERLEY, 2012).

Dagnino (1994), ao associar o conceito de cidadania com as experiências dos movimentos sociais no final dos anos 1980, contribui para a discussão e lança luz à reflexão quando assinala que a cidadania é entendida como o direito de participar efetivamente na própria definição de um sistema político. É o direito de definir aquilo no qual se quer ser incluído e que não diz respeito apenas às conquistas legais, mas também abarca a invenção criativa de direitos e surge de baixo para cima como uma estratégia dos não cidadãos (PEREIRA, 2002).

Nessa perspectiva, propõe-se estudar a participação dos idosos em políticas públicas de saúde, seu protagonismo e seu envolvimento com a política. Para a compreensão dessa dimensão da participação, é necessário atentar-se à organização da saúde portuguesa e brasileira num contexto histórico e atual e à configuração dessas políticas em cada país, descritas a seguir.

2.4 Políticas públicas de saúde

2.4.1 Estado e agenda política

Para a compreensão de políticas públicas e para o entendimento da sua relação com a vida cotidiana, é necessário descrever os conceitos que envolvem a própria expressão e de que forma são constituídos os atores políticos (Estado, gestores públicos, sociedade civil organizada e cidadão comum).

Para Pereira (2002), a reflexão sobre o Estado e as suas formas de regulação social permite recolocar na agenda política e intelectual o tema das relações recíprocas e, ao mesmo tempo, antagônicas entre Estado e sociedade civil. Essa autora insiste que essas relações podem ser mais bem lapidadas a partir da compreensão do modo como a sociedade civil e o Estado se articularam no curso da história da civilização ocidental. Nesse percurso histórico, que remonta à antiguidade grega, destacam-se três principais evidências:

1. O Estado não é um fenômeno unívoco, igual ou idêntico em todos os momentos históricos e em todos os contextos socioculturais e não expressa um conceito universal e absoluto;
2. O Estado não é o criador da sociedade, ao contrário, é criatura desta, embora nas diferentes formas de apresentação – oligárquica, liberal e socialdemocrata –, e sempre procura impor-se à sociedade e dominá-la;
3. Existem diferentes e competitivas doutrinas, teorias ou concepções sobre o Estado e suas relações com a sociedade, bem como sobre a sua índole e função social.

Deduz-se, então, que o Estado não é uma entidade neutra e pacífica, mas o resultado de fatos históricos normalmente tensos e conflituosos, nos quais grupos, classes ou frações de classe se confrontam em defesa de seus interesses particulares. Na base de sua constituição e de seu desenvolvimento estão determinações e processos associados aos diferentes modos de produção, dos quais o Estado foi e é parte integrante (escravista, feudal, capitalista, socialista). Por sua vez, estes foram determinados por mudanças na estrutura da sociedade e nas relações sociais correspondentes. Portanto, Estado e sociedade não são um

fenômeno genérico e estático. A sua dinâmica e a sua particularidade recomendam qualificá-lo e situá-lo na história, pois todos os tipos de Estado estão assentados na ideia de poder, com diferenças marcantes entre eles (PEREIRA, 2002).

Para Pereira (2002), o sistema político indica o nível de formação das decisões normativas de uma sociedade, ocorrido pela competição de interesses no interior de regras partilhadas e por processos de representação. Esse nível de análise não coincide somente com os sistemas políticos, mas é de relevância para as organizações complexas e os sistemas administrativos descentralizados. O sistema organizativo indica os tipos de relações que asseguram o equilíbrio de uma sociedade e a sua adaptação ao ambiente, através de processos de integração e de troca entre as partes do sistema reguladas normativamente. Esse tipo de análise pode relacionar-se com uma sociedade global, mas também com singulares organizações e instituições.

Segundo Rodrigues (2010), as políticas públicas são importantes para a sociedade, a partir da compreensão das seguintes premissas:

As sociedades contemporâneas caracterizam-se não apenas pela diferenciação social, mas também por identidades e visões de mundo específicas sobre questões como desenvolvimento e bem-estar, por exemplo. 2. Seus membros têm expectativas diferentes sobre a vida em sociedade, na medida em que suas ideias, valores, interesses e objetivos se distinguem. 3. A natureza complexa das sociedades contemporâneas implica conflito não só de objetivos (fins), mas também dos modos de atingir esses fins (meios). 4. Há, grosso modo, duas formas de resolver os conflitos: pela força (coerção/repressão) ou pela ação política. (RODRIGUES, 2010, p. 14).

Dessa forma, pode-se entender que as políticas públicas são resultantes das atividades políticas e sua característica principal é abranger decisões e ações do poder público e dos atores envolvidos nesse processo, tornando-se cenário de conflitos e disputas pelo poder decisório.

Para a compreensão sobre a forma de constituição do poder dos atores políticos, Rodrigues (2010, p. 15) destaca a obra de Max Weber (1978), para quem poder é a “probabilidade de um ator social levar adiante sua vontade, apesar das resistências que ela enfrenta, isto é, mesmo que esteja em oposição à vontade do outro”.

Compreende-se que, para a efetivação das políticas públicas, os atores envolvidos nesse processo interagem com diversos aspectos que englobam parcerias

e resistências, num movimento de composições constantes e conflitantes. Ademais, é necessário que sejam seguidos pelo menos cinco passos, como destaca Rodrigues (2010):

- **Fase 1 – Identificação do problema e formação da agenda**

Trata da definição e da análise de um problema, bem como de suas possíveis soluções, exploradas por meio de pesquisa e observação. A medida seguinte é a definição de agenda, sendo os esforços usados para aumentar a visibilidade do problema e das possíveis soluções entre o público e os tomadores de decisão. As estratégias típicas incluem: organização da comunidade, educação pública, mídia e comunicações, convocação de interessados e formação de coalizões.

Entretanto, mesmo que uma questão se insira na agenda governamental, não há garantias de que ela seja considerada prioritária. Isso ocorre quando diversos fatores se unificam, tais como vontade política, mobilização popular e a percepção de que os custos de não sanar o problema serão maiores do que para resolvê-los.

- **Fase 2 – Formulação de políticas**

A partir do momento em que uma situação é vista como problema e, por isso, se insere na agenda governamental, é preciso definir as linhas de ação que serão adotadas para solucioná-la. Esse é o momento em que deve ser definido o objetivo da política, os programas a serem desenvolvidos e as metas a serem alcançadas, o que significa a rejeição de várias propostas de ação.

Para facilitar a formulação dessas propostas, o responsável pela elaboração da política pública deve se reunir com os atores envolvidos no contexto (área ou setor) no qual ela será implantada e solicitar uma proposta da melhor alternativa a ser seguida. Assim, a autoridade obterá uma série de opiniões, que servirão como fonte de ideias, apontando um possível caminho, desejado por cada segmento social, que o auxiliará na escolha e contribuirá com sua legitimidade. Portanto, é nessa fase que se devem inserir os atores sociais, nesse caso, os próprios idosos (RODRIGUES, 2010).

- **Fase 3 – Processo de tomada de decisões e adoção de políticas**

Essa fase contempla a decisão e a definição em torno de: alternativas; competências das diversas esferas públicas envolvidas; recursos e estratégias de

implantação; cronogramas e parâmetros de avaliação. Além disso, são detalhados modelos e projetos; diretrizes e estratégias; identificação das fontes de recursos; orçamento; mobilização dos meios disponíveis; mapear as possíveis parcerias para a implantação (RODRIGUES, 2010).

- **Fase 4 – Implementação**

É o momento em que o planejamento e as alternativas são selecionadas e transformadas em atos. O corpo administrativo é responsável pela execução da política e cabe a eles a ação direta, ou seja, a aplicação, o controle e o monitoramento das medidas definidas. Lima e D'Ascenzi (2013) revelam que nessa fase podem aparecer alguns entraves para a efetivação de uma política e um deles refere-se à natureza do problema administrativo organizacional e sua resolução depende da especificação de objetivos e do controle dos subordinados. Outro problema da implantação decorre do conflito de interesses, sendo a preocupação, aqui, com a obtenção de cooperação dos participantes do processo. A solução para os problemas da implementação é construir instituições ou mecanismos que criem um contexto de cooperação para os participantes.

No entanto, para Lima e D'Ascenzi (2013), o processo não é tão linear e funcionalista assim, considerando-se que a política muda à medida que é executada. Por isso, a implementação é percebida como um processo iterativo de formulação, implantação e reformulação. Portanto, pode tornar-se, ainda, um palco de fundo de conflitos para a sua efetivação.

- **Fase 5 – Avaliação**

Após a implementação de uma política, é importante avaliar a sua eficácia. Pesquisa e análise política são estratégias para examinar o cumprimento das intenções originais e se existem resultados não intencionais. Caso não seja bem-sucedida em qualquer nível, esses resultados podem ser usados durante uma nova fase de reestruturação do problema. O ciclo de vida dessa política inicia-se novamente, até que ela seja implementada e avaliada com sucesso. Durante esse período, a política pode sofrer modificações, dependendo da postura e dos interesses do corpo administrativo.

Contudo, seu direcionamento se apoia nos Modelos de Tomada de Decisão (Fase 3), que podem constituir-se de diversas maneiras ao serem consideradas as

soluções como respostas aos problemas públicos. Abrucio (2007) destaca os seguintes modelos, baseados em seus autores originais:

a) Modelo Racional – H. Simon

Esse modelo, baseado nas ideias de Simon (1945), baseia-se no pensamento de que a racionalidade é imprescindível para a tomada de decisão. Considera as informações perfeitas, as trata com objetividade e lógica e não considera as relações de poder. No modelo racional, primeiro se estabelece um objetivo para solucionar o problema, depois se exploram e se definem as estratégias para alcançar o objetivo, estimando-se as probabilidades para tal, e, por fim, a estratégia ideal é escolhida.

b) Modelo Incremental – Lindblom

Criado por Charles Lindblom (1959), esse modelo se situa na abordagem da racionalidade limitada, retratando as impossibilidades do racionalismo e praticando o foco nas informações. É um modelo descritivo, cuja seleção de objetivos depende dos valores e a implementação estará sujeita a intervenções, visto que cada ator envolvido tem a sua própria percepção do problema. Esse modelo considera que, por mais apropriado que seja o fundamento de uma alternativa, a decisão envolverá relações de poder. Dessa forma, a decisão mais conveniente se forma a partir de um consenso e objetiva garantir o acordo entre as partes interessadas.

c) Modelo da Análise Misturada (*mixed-scanning*) – Etzioni (2001)

Esse modelo, idealizado por Amitai Etzioni, em 1967, combina características dos dois modelos anteriores. Dispõe de uma racionalidade bidimensional e prevê dois níveis de decisão: fundamentais nas estratégias e racionais em relação às decisões a seguir; e incremental, que consiste em uma comparação das opções selecionadas de forma racional. Essa análise propicia mais inovação do que o modo incremental, sem precisar impor o processo radical do modo racional.

d) Modelo Irracional (lata de lixo) – Cohen, March e Olsen

Na década de 1970, ao analisar os processos políticos das organizações públicas, Michel D. Cohen, James G. March e Joahn P. Olsen (1972) propuseram o modelo irracional. Trata-se do processo de decisão em ambientes e objetivos ambíguos, que podem ser chamados de “anarquias organizadas” e subverte a lógica

solução-problema para problema-solução. Para os que defendem essa ideia, o processo de tomada de decisão é extremamente dúbio, imprevisível e pouco se relaciona com a busca de meios para alcançar os fins. É uma abordagem aberta, em que as decisões resultam dos seguintes elementos: problema, solução, participante e oportunidade, sendo esta última vista como latas de lixo na qual são jogados os problemas e as soluções pelos participantes.

As mudanças nas políticas públicas não ocorrem de um dia para o outro, mas são o resultado de atividades realizadas em cada fase de seu ciclo de vida, que pode levar semanas ou até mesmo anos, conforme a profundidade do problema, as pessoas envolvidas e a complexidade da própria política. Assim, toda criação política baseia-se em desenvolvimentos e atividades anteriores (ABRUCIO, 2007).

Compreender esse cenário sob a perspectiva cultural significa que se deseja imprimir os componentes cognitivos (pessoais), simbólicos e relacionais que caracterizam a atividade social, como é o caso da participação política do idoso nas diferentes sociedades.

2.5 Políticas públicas de saúde internacionais

A partir de uma pequena introdução sobre os aspectos que envolvem os processos de implantação das políticas públicas, descreve-se o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2002) e as políticas de saúde para os idosos, implantadas pela ONU, bem como a política de Envelhecimento Ativo, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

No Quadro 1, são apresentadas as políticas, os programas e as ações que nortearam as políticas sobre o envelhecimento, na escala internacional, antes de 2002.

Quadro 1 – Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento, de abrangência internacional, antes 2002

Instrumentos	Ano	Instituição	Abrangência	Pontos relevantes
Declaração Universal dos Direitos Humanos	1948	ONU	Internacional	Garantias inerentes a todo e qualquer sujeito, independente da sua condição. Proclama os direitos fundamentais do homem e reconhece a dignidade inerente a todos os indivíduos, o valor da pessoa humana e os seus direitos iguais e inalienáveis, constituindo o fundamento da liberdade, da justiça e

				da paz no mundo. Menciona especificamente o idoso no artigo XXV, como um grupo socialmente vulnerável que passa, dessa forma, a ser suscetível de proteção especial.
Assembleia de Viena	1982	ONU	Internacional	Recomendações para os Estados-membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação.
Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento	1986	ONU	Internacional	O Direito ao Desenvolvimento é reconhecido como um direito humano fundamental e indisponível, assim como os demais, além de ser reconhecido como um direito à igualdade de oportunidades para as pessoas e as nações.
Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas	1991	ONU	Internacional	Princípios relativos aos direitos humanos: independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade.

Fonte: Elaborado pela autora, tendo por base os documentos da ONU, em 2016.

Identifica-se, nesse período, que as políticas, as ações e os programas já estavam focados na valorização do direito à saúde e no cuidado da pessoa. Contudo, foi desde a Declaração dos Direitos Humanos, de 1948, que a ONU promulgou a atenção ao idoso, estabelecendo que eles faziam parte de um grupo socialmente vulnerável e suscetível, que necessitava de proteção. A Declaração Universal dos Direitos Humanos pode ser considerada como a maior prova existente de consenso entre os seres humanos, conforme explica Bobbio (2003). Para esse autor, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi uma inspiração e orientação para o crescimento da sociedade internacional, tendo contribuído, também, para a compreensão de que os seres humanos devem ser iguais e livres, em concordância entre todas as nações.

Em 1982, a ONU convoca a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, cujo propósito foi “iniciar um programa internacional de ação que visa garantir a segurança econômica e social das pessoas de idade, assim como oportunidades para que essas pessoas contribuam para o desenvolvimento de seus países”. Em sua Resolução 35/129, manifestou também o seu desejo de que, como resultado da Assembleia Mundial, “as sociedades reajam mais plenamente ante as consequências

socioeconômicas do envelhecimento das populações e ante as necessidades especiais das pessoas de idade” (ONU, 1982).

A Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento ressalta, em seu primeiro artigo, o direito dos homens ao desenvolvimento, e assim está disposto:

Artigo 1º

§ 1º. O direito ao desenvolvimento é um direito humano inalienável, em virtude do qual toda pessoa humana e todos os povos estão habilitados a participar do desenvolvimento econômico, social, cultural e político, para ele contribuir e dele desfrutar, no qual todos os direitos humanos e liberdades fundamentais possam ser plenamente realizados. (ONU, 1986).

Além de especificar o significado do direito ao desenvolvimento, a Declaração estipula deveres aos Estados, tanto no aspecto nacional quanto no internacional. Nacionalmente, os Estados devem estimular a participação popular, eliminar barreiras e criar políticas públicas, tudo em face de se concretizar o direito ao desenvolvimento. Já internacionalmente, é necessária a cooperação entre os Estados, com a participação e a cooperação mundial, fundamentais para que problemas internacionais – de caráter humanitário, econômico ou social – possam ser resolvidos (ONU, 2014).

Quanto ao Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, a ONU adotou os princípios na Resolução nº 46/91, exortando os governos a incorporá-los na medida do possível. São destacados os seguintes aspectos: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade (ONU, 2014).

As políticas, os programas e as ações internacionais foram constituindo-se e consolidando-se na II Assembleia da ONU, realizada em Madrid, em 2002, objeto de estudo desta pesquisa.

No Quadro 2, são apresentados as políticas, os programas e as ações que norteiam o tema do envelhecimento, na escala Internacional, após o ano de 2002.

Quadro 2 – Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento, de abrangência internacional, após 2002

Instrumentos	Ano	Instituição	Abrangência	Pontos relevantes
Assembleia de Madri (PAIE)	2002	ONU	Internacional	Objetivos e recomendações para a adoção de medidas dirigidas aos governos nacionais, tendo sido adotadas medidas em todos os âmbitos, nacional e internacional, e em três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento,

				promoção da saúde e bem-estar na velhice e criação de um ambiente propício e favorável.
I Conferência Regional da América Latina e Caribe	2003	ONU	CEPAL Regional	Metas, objetivos e recomendações para a ação em favor das pessoas idosas em cada uma das três áreas prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento, saúde e bem-estar na velhice, e entornos propícios e favoráveis.
Política do Envelhecimento Ativo	2005	OMS	Internacional	Pilares básicos: saúde, participação e segurança.
II Conferência Regional da América Latina e Caribe	2007	ONU	CEPAL Regional	Velar pela promoção dos direitos da pessoa idosa e pela criação de uma convenção da pessoa idosa como um documento juridicamente vinculante, em âmbito internacional.
III Conferência Regional da América Latina e Caribe	2012	ONU	CEPAL Regional	Destacou a importância dos países contarem com uma agenda de proteção social para as pessoas idosas.

Fonte: Elaborado pela autora, tendo por base os documentos da ONU e da OMS, em 2016.

Entre a I e a II Assembleias transcorreram 20 anos, com mudanças profundas nos planos econômicos, sociais e políticos dos países. A partir do Plano de Ação Internacional para o envelhecimento em Madrid, no ano de 2002, foram enfocados diretrizes e ações mais específicas para os idosos dos países em desenvolvimento. Propõe-se a discussão de questões do envelhecimento nas instâncias regionais da América Latina, estimulando os países a constituírem uma agenda política que contemple as questões relacionadas à proteção social das pessoas idosas.

Segundo Camarano, Kanso e Mello (2004), reconhecendo as diversidades regionais no processo de envelhecimento e nas condições socioeconômicas e culturais, bem como o alto grau de generalização do Plano de Madrid, os órgãos regionais vinculados às Nações Unidas elaboraram estratégias para a sua implantação, considerando as especificidades de suas regiões e as necessidades dos idosos em cada uma delas. Foi o que ocorreu nas Conferências Regionais da América Latina e Caribe I, II e III (Cepal), na qual os países latino-americanos se comprometeram com a inclusão, na agenda política, das questões do envelhecimento, tratando dos pilares básicos sobre a saúde, a participação e a segurança. No entanto, todas as discussões regionais tiveram as diretrizes do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento.

2.6 O Plano de Ação Internacional para Envelhecimento da ONU

A Organização das Nações Unidas reuniu os países-membros, em Madrid, em 2002, para definir o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, tendo em vista concretizar as potencialidades do envelhecimento no século XXI. Segundo o Plano, todas as pessoas idosas deveriam poder envelhecer em segurança e com dignidade e continuar a participar da sociedade como cidadãos com plenos direitos (ONU, 2002).

O Plano tem a intenção de garantir que as pessoas idosas alcancem os seus direitos humanos, consigam envelhecer com segurança e sem estarem sujeitas à pobreza, participem plenamente da vida econômica, política e social e tenham oportunidades de se desenvolver nos últimos anos da sua existência. Também aborda a eliminação da violência e da discriminação de que são alvo os idosos, a igualdade entre os sexos, a importância vital da família, os cuidados de saúde e a proteção social das pessoas idosas.

Refere-se, ainda, ao fato de que compete aos governos, primordialmente, aplicar o Plano. Entretanto, as parcerias entre governo, sociedade civil, setor privado e as próprias pessoas idosas são fundamentais para a sua implantação efetiva. Na oportunidade, foram definidas medidas concretas para que o Plano seja posto em prática, em função de três prioridades: a) as pessoas idosas e o desenvolvimento; b) promover a saúde e o bem-estar na velhice; c) ambiente propício e favorável.

A primeira prioridade – as pessoas idosas e o desenvolvimento – centra-se em questões que exigem uma ação imediata, para assegurar a integração permanente e o reforço da capacidade de agir das pessoas idosas, permitindo-lhes, assim, participar ativamente na sociedade e no desenvolvimento. Para isso, os governos devem concentrar-se em envolver os idosos na tomada de decisões em todos os âmbitos de governo. Demanda a criação de oportunidades de emprego para as que desejem trabalhar, bem como a melhoria das condições de vida e da infraestrutura nas áreas rurais. Devem também reduzir a pobreza nessas áreas e entre as pessoas idosas em geral, integrar os migrantes idosos no seio das novas comunidades e garantir a igualdade de oportunidades no domínio da educação e da formação (ONU, 2002).

Nos termos da segunda prioridade – promover a saúde e o bem-estar na velhice – os governos devem reduzir os efeitos de fatores que contribuem para aumentar as doenças e a dependência na velhice, formular políticas para evitar doenças e assegurar o acesso a alimentos, promovendo uma nutrição adequada. As

necessidades e as opiniões das pessoas idosas devem ser integradas na formulação das políticas de saúde. Ainda, precisam esforçar-se para eliminar as disparidades econômicas e sociais baseadas na idade, no sexo ou em outros fatores, criar e reforçar os serviços de cuidados de saúde primários e reforçar os serviços de assistência primária em longo prazo.

O Plano pede também aos governos que: assegurem a continuidade da assistência, desde a promoção da saúde e prevenção da doença até a prestação de cuidados primários e o tratamento de doenças agudas dos idosos; deem apoio à melhoria dos cuidados de saúde e dos serviços sociais em longo prazo; e prestem cuidados paliativos àqueles que sofrem de doenças dolorosas, terminais ou incuráveis (ONU, 2002).

Entre outras recomendações, figuram: melhorar a avaliação do impacto do HIV/AIDS na saúde das pessoas idosas, em particular nos países em desenvolvimento, e prestar informações e formação adequadas às pessoas idosas que vivem com o HIV/AIDS e aos que lhes prestam assistência. É recomendável que sejam criados serviços de cuidados de saúde mental e globais, assegurando tratamentos adequados e, além disso, as pessoas idosas com incapacidades devem participar plenamente da vida em sociedade.

A terceira prioridade – assegurar um ambiente propício e favorável – pede recomendações que visem melhorar a habitação e as condições em que vivem as pessoas idosas, promover uma visão positiva do envelhecimento e sensibilizar o público para as importantes contribuições dos idosos. Também foca a questão da existência de meios de transporte acessíveis e a preços reduzidos, a continuidade da assistência e serviços, o apoio ao papel dos idosos como prestadores de cuidados e a criação de serviços, para fazer frente à violência em constante ascendência.

A seção final do Plano descreve as medidas, nacionais e internacionais, visando garantir a aplicação e o seguimento constante e adequado. Refere-se à integração do envelhecimento e às preocupações com as pessoas idosas, nos quadros nacionais de desenvolvimento e nas estratégias de erradicação da pobreza, sendo o primeiro passo em direção à aplicação deste. Enfatiza que as organizações não governamentais são fundamentais no que diz respeito a apoiar os esforços dos governos para aplicar, avaliar e analisar o Plano. Preconiza que a investigação e a tecnologia deveriam ser orientadas para as repercussões do envelhecimento no plano individual, social e da saúde, em especial nos países em desenvolvimento.

O Plano incentiva a comunidade internacional a promover mais cooperação entre todos os atores envolvidos. Ademais, reconhece que o mundo está a conhecer uma transformação demográfica sem precedentes e desafia a sociedade a criar mais qualidade de vida para as pessoas. Os governos devem expressar a sua determinação em reconhecer, principalmente, a dignidade dos idosos, empenhando-se em eliminar todas as formas de abandono, maus-tratos e violência.

Os governos que participaram como signatários comprometeram-se a não pouparem esforços para promover a democracia, reforçar o estado de direito, promover a igualdade entre os sexos, a plena proteção e a promoção dos direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como a eliminar todas as formas de discriminação, principalmente em relação à idade. Reconheceram que, quando envelhecem, as pessoas deveriam ter oportunidades de realização pessoal, de levar uma existência saudável e segura e de participar ativamente na vida econômica, social, cultural e política de sua região ou país.

Os governos também se comprometeram a proteger e prestar assistência a pessoas idosas em situações de conflito armado e de ocupação estrangeira. É necessária uma ação concentrada para reforçar a capacidade de agir de homens e mulheres, de modo a aproveitarem as oportunidades que lhes surgem, para assegurar a sua qualidade de vida quando envelhecem e para garantir a sustentabilidade de seus sistemas de apoio, criando, assim, as bases de uma sociedade para todas as idades (ONU, 2002).

O Plano identifica obstáculos consideráveis para uma maior integração e para uma plena participação dos países em desenvolvimento – em particular os menos avançados – e dos com economias em transição. Se os benefícios do desenvolvimento econômico e social não forem extensivos a todos os países, haverá cada vez mais pessoas, no mundo inteiro, mantidas à margem dessa economia global. Tendo isso presente, os governos reconheceram a importância, não só de colocar o envelhecimento entre as prioridades no domínio do desenvolvimento, como inseri-lo nas estratégias de erradicação da pobreza, de modo a garantir a plena participação de todos os países em desenvolvimento na economia global (ONU, 2002).

Ao salientar a necessidade de integrar o envelhecimento nas estratégias, políticas e medidas sociais e econômicas, os governos reconheceram que as políticas concretas teriam de variar em função das condições existentes em cada país. Ainda, afirmaram a necessidade de integrar uma perspectiva de gênero em todas as políticas

e programas, de modo a considerar as necessidades e experiências de mulheres e homens idosos. Nessa perspectiva, são consideradas as diferentes culturas e as formas como a sociedade percebe o envelhecimento.

Com a finalidade de enfrentar os desafios associados ao envelhecimento, o Plano enfatiza também a importância da investigação, em âmbito internacional, sobre questões relacionadas com o tema, o acesso a programas de educação e formação, o reforço da capacidade de agir dos idosos e a necessidade de criar oportunidades para que eles continuem a trabalhar durante o tempo que desejarem. Os países que aderiram ao Plano reconheceram, da mesma forma, a necessidade de reforçar a solidariedade entre as gerações, as parcerias intergeracionais e as relações de apoio mútuo entre gerações, além de assinalarem a responsabilidade dos governos de assumirem a liderança em questões de envelhecimento e em matéria de aplicação do Plano, sendo essencial a colaboração entre o governo federal e as autarquias, os organismos internacionais, as pessoas idosas e as suas organizações, outras partes da sociedade civil e o setor privado.

A aplicação do Plano exigirá, portanto, uma parceria e participação de muitas partes interessadas, nomeadamente organizações profissionais, empresas, trabalhadores, estabelecimentos de ensino superior, instituições religiosas e meios de comunicação social. Os governos salientaram, também, o importante papel da ONU, no que se refere a ajudá-los, quando tal lhe for solicitado, no domínio da aplicação, seguimento e fiscalização nacional do Plano (ONU, 2002).

Dentre tantas diretrizes apontadas, destacam-se o Capítulo da Orientação Prioritária I, do referido Plano, intitulada “Pessoas idosas e o desenvolvimento – Participação de idosos nos processos de tomada de decisões em todos os níveis”, e da Prioridade II, que se refere à promoção da saúde e do bem-estar na velhice.

Os aspectos centrais desta pesquisa relacionam-se com a forma como tem ocorrido a participação política dos idosos na implantação das Políticas de Saúde para o Idoso, em Portugal e no Brasil, tendo por base a proposta do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento datado de 2002.

A Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde têm se preocupado com o fenómeno do envelhecimento mundial e têm tentado debelar esse problema demográfico. Sendo assim, a OMS formulou a Política do Envelhecimento Ativo como proposta de apoio ao Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento.

O documento foi traduzido para a língua portuguesa somente em 2005, sob o título “Envelhecimento ativo: uma política de saúde” (OMS, 2005).

Segundo a definição da OMS (2005, p. 13), o envelhecimento ativo refere-se ao contínuo processo de potencializar as viabilidades em saúde, oportunizando às pessoas a “participação” e a “segurança” como metas para o alcance da qualidade de vida na medida em que envelhecem. Ser ativo refere-se intimamente à questão da participação nas “questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis”, ou seja, significa propiciar, ao idoso, oportunidades que lhe possibilitem contribuir para a sociedade em geral e de forma contínua.

Uma das metas do envelhecimento ativo é promover a autonomia e a independência em todos os ciclos de vida e, principalmente, mantê-las ou alcançá-las no envelhecimento, considerando a compreensão do contexto sociocultural dos grupos e dos indivíduos em questão.

O envelhecimento ativo ancora-se no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e nos princípios da independência, da participação, da dignidade, da assistência e da autorealização. Dessa forma, pretende romper com os paradigmas de que o planejamento estratégico se foca somente nas necessidades, percebendo as pessoas mais velhas como alvos passivos. Institui, portanto, uma abordagem de direitos, que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida e à medida que envelhecem. Subjacente a essa postura, pretende-se refletir, a seguir, sobre as políticas de saúde destinadas aos idosos nos países em estudo.

2.7 Políticas de saúde do idoso em Portugal

Segundo Carvalho (2009), as orientações das políticas públicas para os idosos em Portugal têm-se centrado nos cuidados integrados e articulados entre a segurança social e a saúde, com os programas de cuidados continuados (Despacho-Conjunto nº 407/98, de 15 de maio, posteriormente com o Decreto-Lei nº 281/2003) e de apoio integrado a idosos, o Programa de Apoio Integrado ao Idoso – PAII (Despacho Conjunto nº 259) e com a Lei nº 101 (Despacho do Conselho de Ministros, de 16 de março de 2006), que cria a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI), conforme já descrito anteriormente.

No texto atual da Constituição Portuguesa, aprovado pela Lei Constitucional nº 1/2001, de 12 de dezembro, em seu artigo 64º, que explicita sobre saúde, é definido o seguinte.

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da saúde é realizado:
 - a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
 - b) pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.
3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
 - a) garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
 - b) garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
 - [...]
4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participativa. (PORTUGAL, 2001).

Sendo assim, na Constituição Portuguesa, foi acautelada a protecção não apenas ao idoso, mas a todo o cidadão residente no país. Importa ver de que forma a Constituição é aplicada em relação ao usuário de saúde.

Está garantida também, no Plano Nacional de Saúde de 2012-2016, a participação das pessoas como corresponsáveis na construção da saúde na sociedade portuguesa.

No Quadro 3, são apresentadas as políticas, os programas e as ações que norteiam o envelhecimento em Portugal.

Quadro 3 – Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento em Portugal

Instrumentos	Ano	Instituição	Abrangência	Pontos relevantes
Despacho-Conjunto nº 407	1998	PORTUGAL	Nacional	Instaura os programas de cuidados continuados.
Constituição da República Portuguesa (texto atual) – Cap. Saúde	2001	PORTUGAL	Nacional	Garante, a todos os cidadãos, o direito à saúde e à participação política.

Programa de Apoio Integrado ao Idoso (PAII)	2003	PORTUGAL	Nacional	Lei voltada especificamente para os idosos, com garantia de atendimento em todos os níveis de atenção em saúde.
Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI).	2006	PORTUGAL	Nacional	Assegura, aos idosos, atenção integrada em saúde em todos os níveis de atenção.
Plano Nacional de Saúde 2012-2016	2012	PORTUGAL	Nacional	Legitima a participação das pessoas na construção da saúde, destacando o papel da cidadania nesse processo.

Fonte: Elaboração própria, tendo por base os documentos publicados em Portugal.

Portugal desenvolveu documentos que englobam questões gerais de saúde, bem como leis específicas que garantem apoio integral aos idosos articulados entre a segurança social e a saúde. Merece destaque o Programa de Cuidados Continuados (Despacho-Conjunto nº 407/98, de 15 de maio, e, posteriormente, o Decreto-Lei 281/2003) e de apoio integrado a idosos, o PAII (Despacho Conjunto nº 259), além da nova Lei nº 101 (Despacho do Conselho de Ministros, de 16 de março de 2006), que cria a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI). Esses documentos e leis específicas inserem-se numa visão integral de cuidados à saúde, também garantidos pela Constituição Federal Portuguesa.

A política de cuidados da saúde em relação às pessoas idosas orienta-se, em Portugal, para a promoção da autonomia e da independência pessoal, a partir da integração dos cuidados nas áreas social e de saúde, abrangendo os cuidados preventivos, curativos, de reabilitação ou paliativos, prestados por instituições ou no próprio domicílio do idoso, mas sob a responsabilidade do Estado, da sociedade civil, do sistema privado e da família (CARVALHO, 2009).

Segundo dados avançados do Alto Comissariado da Saúde (2015), tutelado pelo Ministério da Saúde português, as doenças que mais afetam os indivíduos de 65 e mais anos são a depressão e as demências, em relação à saúde mental, e, na saúde física, a artrite, o câncer, a osteoporose, a incontinência urinária, a hipovitaminose e perdas da memória, assim como a diminuição gradual da visão e da audição. A par dessas patologias somam-se, ainda, os problemas de saúde decorrentes de quedas e acidentes. Ao contexto dos fatores de risco da saúde dos idosos juntam-se as doenças crônicas como a diabetes, a asma e a hipertensão, bem como fatores de risco aditivos ou sinérgicos, dentre os quais o excesso de peso/obesidade e o tabagismo (PORTUGAL, 2015).

Do ponto de vista político, as estratégias para a saúde têm por base as diretrizes da OMS, que continua a apontar esse parâmetro como a prioridade de intervenção junto das populações envelhecidas e sustenta a ideia de que os países devem encontrar estratégias eficazes para lidar com os problemas da idade avançada e com o impacto causado pelas doenças crônicas, que afetam a qualidade de vida dos idosos (WHO, 2006b).

Assim, em Portugal, as áreas de ação na saúde passam pela promoção da saúde e gestão da doença; pela saúde ocupacional e ambiental; pelas ameaças à saúde pública; e pelo desenvolvimento dos serviços de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (PORTUGAL, 2015) esses quatro parâmetros são entendidos como prioritários no que toca ao envelhecimento saudável e traduzem-se nas determinações legais que sustentam o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, parte integrante do Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

Para esse plano de saúde transitaram também conceitos importantes, que sustentam a definição das políticas saudáveis avançadas pela OMS (1988) e que ditam que elas são políticas do governo, das autarquias e de outras entidades, designando prioridades e parâmetros para a ação, seja na resposta as necessidades de saúde, na distribuição de recursos para a saúde, na potencialização de impactos positivos ou na mitigação dos aspectos negativos dos problemas de saúde dos mais idosos.

Tal como já dito, essas políticas consubstanciam-se em medidas legislativas, de regulamentação, normativas e administrativas, que visam criar condições ambientais, socioeconômicas e sociais favoráveis à saúde individual e coletiva das populações alvo (WHO, 1986; OMS, 2015). Essas medidas visam facilitar escolhas saudáveis por parte dos cidadãos e proporcionar que toda a população tenha acesso a elas.

O conceito de envelhecimento saudável e das políticas de saúde que ele integra é abrangente e responsabiliza todo o setor da saúde, mas também o setor privado e todas as entidades que contribuem para a criação de ambientes físicos e sociais promotores do bem-estar e da saúde, e, acima de tudo, asseguram que todos os cidadãos idosos tenham igualdade de acesso aos serviços e à escolha de oportunidades saudáveis (OMS, 2010a; OMS, 2010b).

Nesse contexto, as políticas de saúde englobam uma dupla perspectiva: as políticas de saúde pública e a saúde em todas as políticas. As primeiras são esforços

organizados, dirigidos para o benefício do estado geral de saúde da globalidade da população, e enfatizam a proteção e a promoção da saúde, bem como a promoção da doença, englobando também a prestação efetiva de cuidados de saúde, de forma gratuita ou tendencialmente gratuita, como prevê a Constituição da República Portuguesa em seu artigo 64º (PORTUGAL, 2001).

Em todas as políticas, a saúde é uma abordagem intersectorial, que se baseia na evidência de que as ações políticas podem ter impactos positivos ou negativos na área da saúde e que, com vista à obtenção de ganhos em saúde e em qualidade de vida, importa intervir, promovendo a saúde e o bem-estar de forma integrada e sistematizada. Nesse âmbito, a saúde é considerada como um fator de sustentabilidade, de valorização dos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais.

O processo legal que completa a criação e a imposição de políticas de saúde é “participativo, holístico, Inter setorial, equitativo, sustentável e baseado em combinações de múltiplas estratégias” (OMS, 2010a, p. 15).

Para além das medidas reguladoras já mencionadas, as políticas de saúde buscam recursos com instituições, agências e departamentos que tenham responsabilidades na implantação e avaliação de todas as estratégias, seja no âmbito geral, seja no âmbito operacional. Nesse contexto, são consideradas as instituições de ensino superior e as sociedades científicas com conhecimentos, formação e investigação na área da saúde pública, assim como todos os serviços administrativos e de gestão do setor da saúde nacional, incluindo os oriundos dos serviços religiosos.

Outra medida reguladora são as plataformas de parceria intersectorial, que funcionam ao nível do governo central e local e envolvem um vasto conjunto de parceiros, além do planeamento e da governança de programas de saúde. Nesses, o papel informativo tem lugar de destaque e visa a promoção de sinergias em intervenções promotoras da saúde.

Do ponto de vista local, os recursos mais evidentes das políticas de saúde relativas ao envelhecimento são as denominadas estratégias locais de saúde, que podem ser definidas como processo direcionado para a obtenção de ganhos em saúde por meio de recursos de governança e operacionalização no contexto de parcerias de organizações locais (SANTOS et al., 2010).

As políticas de cuidados para pessoas idosas são centralizadas no Ministério do Trabalho e da Segurança Social e no Ministério da Saúde. Os cuidados são organizados, predominantemente, no setor não lucrativo, e, atualmente, tem se

buscado criar serviços e políticas ativas nessa área, sobretudo na articulação entre a saúde e o social e na integração dos cuidados continuados e integrados, nas vertentes preventiva, de reabilitação e também paliativa, com a criação da rede de cuidados continuados integrados, em 2006, em Portugal (CARVALHO, 2009).

2.8 Políticas de saúde do idoso no Brasil

Por sua vez, no Brasil, também a Constituição Federal de 1988, na seção II – Da Saúde, estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Assim, garante o acesso universal e igualitário dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde, compreendendo as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Portanto, é de responsabilidade do poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, sendo a execução realizada diretamente pelo Estado, por meio de terceiros, pessoa física e/ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988). Nesse sentido, identifica-se como um marco importante de conquista para os direitos sociais aos idosos.

Está garantido, também, o acesso universal e igualitário à saúde, bem como a eliminação de qualquer forma de discriminação quanto ao sexo e à idade, sendo todos iguais perante a lei. Especificamente, quanto ao amparo aos idosos, a Constituição Federal prevê que o cuidado deve ser de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, sendo realizado, preferencialmente, pela família. De forma geral, pode-se afirmar que a Constituição Federal assegura aos idosos o direito à participação na sociedade, à dignidade, ao bem-estar, enfim, à vida (WATANABE, 2009).

Em 2014, o governo brasileiro publicou o Decreto nº 8.243/2014, que institui a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS). Têm como objetivo fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil. O artigo 4º menciona os objetivos da PNPS:

- I- Consolidar a participação social como método de governo;
- II- Promover a articulação das instâncias e dos mecanismos de participação social;
- III- Aprimorar a relação do governo federal com a sociedade civil, respeitando a autonomia das partes;
- IV- Promover e consolidar a adoção de mecanismos de participação social nas políticas e programas de governo federal;

V- Desenvolver mecanismos de participação social nas etapas do ciclo de planejamento e orçamento. (BRASIL, 2014).

Apesar de ser uma política recente, foi uma resposta do governo aos movimentos de 2013 e 2014, que pediam transparência nos processos políticos e uma maior participação popular. Evidentemente, foi apenas um reforço para se garantir a política de participação nas diversas instâncias, já garantida pela Constituição Federal e por diversas outras políticas anteriormente construídas para a inclusão desse fim, como no Sistema Único de Saúde (SUS).

A instituição do SUS, pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, garantiu o acesso à saúde a toda a população brasileira. Atualmente, o SUS representa um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Em sua constituição, possui diferentes níveis de atenção à saúde, que vão desde o atendimento ambulatorial às ações mais complexas, como o transplante de órgãos, garantindo a toda a população brasileira a atenção em saúde gratuita, sendo seus principais princípios e diretrizes a universalidade, a equidade e a integralidade. O primeiro refere-se ao acesso (todos podem usá-lo), o segundo refere-se à igualdade no acesso à saúde e o terceiro diz respeito à integralidade na atenção à saúde. No entanto, percebe-se que há muitas desigualdades quanto ao acesso e a atenção à saúde (BRASIL, 1990).

O SUS encontra-se organizado para atender a população em níveis de atenção em saúde, as chamadas atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária em saúde, também conhecida como atenção básica, é responsável pelo atendimento dos acometimentos mais prevalentes na população e, assim, os profissionais que nela trabalham devem ter uma formação geral e abrangente. É nesse nível de atenção primária que deveriam ser resolvidos em torno de 85% a 90% dos casos demandados. Já a atenção secundária, ou de média complexidade em saúde, envolve áreas especializadas e um grau maior de tecnologia e capacitação dos profissionais. Por fim, a atenção terciária, ou de alta complexidade, contempla procedimentos de alta tecnologia e altos custos, materializando-se nas redes hospitalares (BRASIL, 2010).

Mesmo antes das diretrizes, em 2002, apresentadas no Plano de Madrid, foi criada e regulamentada a PNI, pela Lei nº 8.842, de 1994, e pelo Decreto nº 1.948, de 1996. Nessa política, foi estabelecido que as pessoas com 60 anos ou mais deveriam ser consideradas idosas, tendo por objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994). Nessa ocasião, foram instituídos os Conselhos do Idoso

nas escalas nacional, estadual, do Distrito Federal e municipal. Esses Conselhos são órgãos deliberativos, constituídos de forma paritária por representantes do governo e da sociedade civil, com o objetivo de formular e acompanhar, na União, nos estados e nos municípios, a execução das políticas públicas de atendimento ao idoso, regulamentado na Lei nº 8.842, de 1994 (BRASIL, 2012).

É a partir da participação dos usuários em Conselhos como do Idoso e da Saúde que se efetiva o “controle social”, no qual a sociedade passa a regular as ações do Estado por processos de formulação, implantação, controle, monitoramento e avaliação das políticas públicas destinadas à população idosa.

Nos processos de implantação das políticas de saúde para os idosos, os Conselhos de Saúde e do Idoso executam um papel fundamental em todas as dimensões governamentais, sendo importantes instrumentos de participação social pela representatividade dos segmentos sociais, ocupando espaços reconhecidos pelo Estado. Por esse motivo, a participação da população e, em especial, dos idosos nos conselhos é fundamental, para que as políticas públicas sejam, efetivamente, a expressão das necessidades desse segmento social.

Assim, em 1990, a Lei Federal nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, instituiu, em seu primeiro artigo:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, e, garantido pela Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 1990).

A participação nos conselhos, como efetivação da democracia participativa, tem significado permanente na educação para a cidadania. Desse modo, a sociedade

conquista um espaço de corresponsabilidade na definição de leis e políticas garantidoras de seus direitos.

Diante da necessidade de criação de uma política de saúde específica para a população idosa, em 1999, foi criada a Política de Saúde do Idoso (PSI), pela Portaria 1.395/GM, de 10 de dezembro. O referido documento pautava-se pelas seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999).

No ano de 2002, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 702, de 12 de abril, são instituídos mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e criadas normas para o cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002), como parte da operacionalização das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002b).

O Estatuto do Idoso foi criado em 2003, pela Lei nº 10.741, e tem por finalidade regular os direitos sociais assegurados aos idosos. Trata-se de um instrumento de garantia do bem-estar físico, psíquico e social das pessoas com 60 anos ou mais, sendo de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado a efetivação dos direitos dos idosos. Assim, o Estatuto do Idoso protege os idosos de qualquer forma de discriminação e violência (BRASIL, 2003).

Em 2006, instituiu-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que nada mais é do que uma revisão e atualização da PSI. A PNSPI reafirma e garante o direito à saúde dos idosos, segundo os princípios e as diretrizes do SUS, cuja finalidade é “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim [...]” (BRASIL, 2006).

Para viabilizar a PNSPI, definiu-se que sua responsabilidade é dos gestores das dimensões escalares federal, estadual e municipal. Portanto, cada escala possui competências específicas e cabe à gestão a articulação intersetorial preconizada na referida política, ou seja, as ações e os serviços de saúde devem estar articulados com outros setores, como educação, previdência social, Sistema Único da Assistência Social (SUAS), trabalho e emprego, desenvolvimento urbano, transportes, justiça,

esporte e lazer, entre outros. Além disso, a PNSPI prevê o acompanhamento e a avaliação dessa política pública, a fim de verificar a sua efetividade e propor adequações (BRASIL, 2006).

Enfim, pode-se concluir que o envelhecimento da população portuguesa e brasileira impactou o setor da saúde e, conseqüentemente, houve mudanças políticas para essa população. Por isso, o Plano aponta diretrizes que estão sendo acompanhadas por ambos os países. Diante disso, é necessário que a população idosa, os gestores e os profissionais de saúde, em Portugal e no Brasil, estejam atentos para esse fato, de maneira a abarcar as novas necessidades em saúde dos idosos. Assim, esses esforços devem permear a pauta de lutas do cotidiano dos idosos em prol do seu bem-estar.

No Quadro 4, são apresentadas as políticas, os programas e as ações que norteiam as questões do envelhecimento no Brasil.

Quadro 4 – Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento no Brasil

Instrumentos	Ano	Instituição	Abrangência	Pontos relevantes
Constituição Federal Brasileira	1988	BRASIL	Nacional	Garante aos idosos o direito à vida, à igualdade, à cidadania, à dignidade humana, à previdência social e à assistência social e à participação política.
Sistema Único de Saúde	1990	BRASIL	Nacional	Garante o acesso à saúde de toda a população brasileira.
Lei nº 8.842, Política Nacional do Idoso	1994	BRASIL	Nacional	Assegura os direitos sociais do idoso, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.
Lei nº 10.741, Estatuto do Idoso	2003	BRASIL	Nacional	Lei voltada especificamente para os idosos, com medidas que visam proporcionar seu bem-estar.
Portaria nº 2.528, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	2006	BRASIL	Nacional	Define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.
Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa	2010	BRASIL	Estadual	Garantir a Atenção Integral à Saúde das pessoas com 60 anos e mais, promovendo a manutenção da capacidade funcional, autonomia e a inserção na família e na comunidade, promovendo o envelhecimento ativo e saudável.

Fonte: Elaborado pela autora, tendo por base os documentos publicados no Brasil, em 2016.

Como signatário da ONU, desde o Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, de 1982, em Viena, o Brasil passou a incorporar esse tema, de forma mais concreta, em sua agenda política. Segundo Camarano e Pasinato (2008), o momento coincidiu com o período de redemocratização do país, o que ocasionou debates sobre a questão, na ocasião do processo constituinte, tendo sido o assunto, então, incorporado ao texto da Constituição de 1988.

A partir da Constituição de 1988, houve grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros, como, por exemplo, a introdução do conceito de seguridade social, em que a rede de proteção social deixou de ser vinculada apenas ao contexto trabalhista e assistencialista e passou a assumir uma conotação de direito de cidadania (CAMARANO; PASINATO, 2008). Com a aprovação do Estatuto do Idoso, documento legal que conta com 118 artigos sobre as áreas dos direitos e das necessidades de proteção dos idosos, reforçou-se o já contido nas diretrizes da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), em consonância com o solicitado no Plano de Madrid, de 2002.

Notas conclusivas

As considerações deste capítulo refletiram sobre as questões relativas aos contextos da democracia e participação nas políticas de saúde para o envelhecimento nos dois países. Trata-se de uma temática pertinente ao desenvolvimento regional, com o objetivo de identificar as formas de participação democrática instituídas em Portugal e no Brasil e aprimorar as políticas de saúde para o envelhecimento.

Foram expostos os principais temas que norteiam a tese, a questão cultural do envelhecimento, a democracia e a participação dos idosos nas implantações das políticas públicas de saúde. Esse material permeia a compreensão sobre os espaços existentes para que tanto os idosos portugueses quanto os brasileiros possam exercer sua cidadania. Além disso, analisou-se a trajetória dos dois países na construção de seus sistemas de saúde e, finalmente, as políticas em saúde destinadas aos idosos existentes nesses locais.

Pode-se identificar que não apenas a maneira como uma sociedade compreende e aceita o envelhecimento é uma questão cultural. As formas organizacionais de leis e decretos também revelam as manifestações culturais de como cada sociedade direciona as suas normatizações. Mesmo sendo o movimento

democrático advindo de uma influência global, as trajetórias históricas de cada país podem apontar a maneira de se constituir espaços distintos para que as manifestações participativas aconteçam.

Como observou-se em Portugal, as forças da união dos doentes por necessidades comuns formam associações que potencializam as manifestações e impulsionam mudanças nas legislações e decretos. Além desses espaços, as avaliações dos serviços prestados à comunidade pelos equipamentos em saúde também possibilitam mudanças locais e melhoram a qualidade do serviço prestado pelo Estado, apesar de ocorrerem pontualmente. No Brasil, os espaços dedicados à participação política dos idosos estão instituídos nos Conselhos Federal, Estaduais ou Municipais do Idoso e essa participação, atrelada às situações de conflitos, nem sempre apresenta as respostas esperadas para a concretização de ações efetivas para os idosos.

Quanto às políticas públicas, percebe-se que ambos os países atendem ao proposto pelas diretrizes internacionais. No entanto, o Brasil criou mais políticas específicas para o idoso do que Portugal. Nesse sentido, a quantidade de políticas apresentadas pelo Brasil surge em virtude da necessidade de demarcação da classe dos idosos no país. Conforme se notou em Portugal, a questão das lutas de classe é abrandada pelo longo tempo do governo de Salazar e, dessa forma, as disputas de classes são pontuais. Por outro lado, no Brasil, devido ao fato de a desigualdade social ser grande, as lutas de classe ainda estão muito presentes.

Observa-se, então, que as políticas, em Portugal, beneficiam a todos e, conseqüentemente, ao idoso. Por sua vez, no Brasil, apesar da insistência de se proporem políticas específicas para os idosos, identifica-se ineficácia na prestação de cuidados em saúde para os idosos no país. Obviamente, isso advém das diversas distinções entre os dois países, sendo a territorial e a sociodemográfica, bem como a organização política, fatores de importância que se devem considerar nesta pesquisa.

Para a compreensão do cenário que se impõe nesta tese, é imperativo que se destaquem questões como a relação entre envelhecimento, saúde e desenvolvimento regional, bem como apresentar a realidade sociodemográfica dos países e regiões do estudo, conforme se discute no próximo capítulo.

3 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: DESENVOLVIMENTO REGIONAL E A SOCIODEMOGRAFIA DE BRAGA/PORTUGAL E SANTA MARIA-RS/BRASIL

Neste capítulo, apresenta-se a relação do envelhecimento populacional com o desenvolvimento regional e se evidenciam dados sobre o envelhecimento em Portugal e no Brasil. Apontam-se e analisam-se dados censitários da população portuguesa, do Distrito de Braga e do Concelho de Braga, na Sub-Região do Cávado, bem como dados censitários da população brasileira, do estado do Rio Grande do Sul e do município de Santa Maria.

3.1 O envelhecer e a relação com o Desenvolvimento Regional

O envelhecimento populacional é um fenômeno complexo e irreversível e o tema faz-se prioritário na agenda dos governos, necessitando de intervenções que desafiam o Estado e a própria sociedade a desenvolverem políticas públicas para atender os direitos, as demandas e as necessidades desse segmento. O crescimento demográfico mundial da população idosa exige a preparação adequada dos países para atender às múltiplas demandas (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIM, 2016).

As mudanças ocorridas na fecundidade e na mortalidade registradas à escala internacional resultaram na desaceleração do crescimento da população e no envelhecimento progressivo da estrutura etária. Em 2010, a proporção de menores de 15 anos diminuiu em todos os países, atingindo a média de 31% da população (ONU, 2002). Portanto, atualmente se está na presença de um envelhecimento iminente, fato que suscita sérios desafios para o desenvolvimento nas próximas décadas, levando à afirmação e à constatação de que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial (ETGES; AREND, 2004). Isso significa dizer que há um crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários. Esse fenômeno demográfico ocorre nas diversas regiões do mundo e se concretiza com as projeções de Kalache (2008), que já caracterizava o envelhecimento como um fenômeno universal e dinâmico, vivenciado tanto por países desenvolvidos como em desenvolvimento.

Surgem, diariamente, novos e difíceis desafios, que exigem uma postura diferenciada dos formuladores de políticas públicas em busca de novos parâmetros sociais, econômicos e culturais, de forma que possam suportar e enfrentar os

problemas de maneira adequada, incorporando as novas necessidades dos diversos atores sociais.

Gardner (2006, p. 69) menciona que “o envelhecimento populacional e as consequências desta mudança demográfica estão recebendo atenção crescente em níveis local, nacional e internacional”. O fenômeno do envelhecimento destacou-se como uma realidade mundial paralelamente com as desigualdades, a pobreza, a violência e as condições sociais desfavoráveis. Para Garrido e Menezes (2002), o tema do envelhecimento tornou-se alvo de ação pública, passou a ser importante por parte do Estado e a sociedade e adquiriu visibilidade social, tornando-se uma questão relevante nas pautas políticas.

Para compreender o envelhecer, é necessário estabelecer alguns conceitos pautadores, como o do envelhecimento, o da velhice e o da pessoa idosa. Para Gardner (2006), o envelhecimento refere-se ao processo de desenvolvimento humano, que compreende desde a concepção até à morte. No entanto, a velhice refere-se à última fase do ciclo de vida e, logo, as pessoas que se encontram nesse período são consideradas idosas. Nesse caso, o envelhecimento e a expectativa de vida representam importantes indicadores sociais, que apontam, inclusive, o nível de desenvolvimento de uma região, estado e país.

Por ser um processo pessoal, natural e singular de cada pessoa, não se pode afirmar que todos que estejam com, ou acima de 60 anos, sejam velhos, já que envelhecer é um processo contínuo e que se inicia no nascimento. Em diversas sociedades, a velhice é compreendida como uma fase de doenças e dores e tende a ser vista como uma fase de desvalorização, mantendo a visão errônea sobre o que é ser idoso na atualidade.

Nessa perspectiva, para Minayo (2002), a velhice está no imaginário social como uma carga econômica, seja para a família ou para a sociedade, e isso faz com que se retire, dos velhos, o papel de pensar seu próprio destino. Porém, essa representação social do que é ser idoso tem se modificado ao longo das últimas décadas, provavelmente em virtude das Diretrizes Internacionais e de outras contribuições multidisciplinares para o avanço desse paradigma, que dão ênfase à participação ativa do idoso na sociedade e no desenvolvimento desta (KIST; AREOSA, 2014).

Para a OMS (2005, p. 13), 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”. O objetivo do envelhecimento ativo está na conquista da qualidade de vida na velhice e na busca de viver esse período de forma saudável, considerados grandes desafios do século XXI. Por outro lado, para se manter ativo, independente e saudável, isto é, ter “qualidade de vida”, e não apenas “quantidade de anos”, é importante desenvolver programas e ações, a partir de diretrizes internacionais, observando e respeitando as particularidades culturais de cada região ou país.

Desse modo, o tema do envelhecimento se articula ao do desenvolvimento regional, já que a longevidade é uma das maiores conquistas de um país, estado ou região. Contudo, o processo de envelhecer pode ocorrer de diferentes maneiras em cada lugar, dependendo das desigualdades regionais presentes, já que as características econômicas, sociais, culturais e políticas distintas em cada país, estado e região, são determinantes no processo de envelhecer.

Dados apresentados pela ONU (2002) apontam que, na época 64% dos idosos viviam em regiões menos desenvolvidas. Em 2050, a estimativa é que esse número se aproxime de 80%. Portanto, é necessário que haja dedicação para que se reduzam as desigualdades sociais, pela diminuição da exclusão e do preconceito relacionado ao idoso. Ademais, é determinante que esse indivíduo possa exercer a sua cidadania e que seja compreendido como mais um ator que contribui para o desenvolvimento de sua própria vida e da sociedade em que está inserido.

Sen (2000) reflete sobre as questões do desenvolvimento como sendo um processo de expansão das liberdades individuais, que seriam o principal meio e fim do desenvolvimento. Visto dessa forma, para se alcançar tais liberdades seria preciso atenuar as causas das desigualdades sociais e proporcionar, a toda a população, o acesso à qualidade de saúde, educação, trabalho, lazer, bem como um meio ambiente saudável. Isso significa dizer que é preciso oportunizar a todos a participação em um ambiente democrático, igualitário e justo.

Segundo Areosa (2012), estudos referentes aos processos de saúde e doença, envolvendo as condições de vida da população idosa, são de extrema importância, por reproduzirem informações que apoiam as novas transformações na sociedade a respeito do envelhecimento da população. Para que ocorra o envelhecimento saudável e com qualidade de vida, é primordial que se construam e se implantem políticas públicas, bem como que se faça a avaliação e o acompanhamento das ações em andamento, conforme indica o Estatuto do Idoso e demais políticas públicas

voltadas para essa faixa etária e já apresentadas nessa tese. Portanto, é necessário que as ações sejam conjuntas e paritárias entre políticos, universidades e sociedade civil organizada, com atenção especial a essa nova realidade que se apresenta.

No Brasil, a Lei nº 8.080, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, reafirmou a saúde como um direito do ser humano, devendo o Estado prover as condições necessárias para esse exercício. Ainda, estabeleceu que:

[...] os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Compreende-se, em sua integralidade, a interface entre a saúde e o Desenvolvimento Regional, já que a saúde exprime a organização social, econômica e política de um país/região e, juntas, agregam, em sua interpretação, os aspectos sociais, políticos e econômicos. Depois de 20 anos da criação do SUS, identificam-se avanços significativos; contudo, eles não são suficientes para garantir o acesso a ações e serviços públicos de saúde de qualidade, principalmente àquelas pessoas residentes em áreas remotas ou em piores condições sociais e econômicas.

Os Estados têm investido em políticas públicas que associam e incorporam os campos econômico e social. A saúde é interpretada como uma prioridade para o desenvolvimento de um país, pois possui um papel estratégico no que se refere à produção de inovações e tecnologias nesse setor, assim como na geração de empregos e renda, associando-a a uma dimensão socioeconômica importante para o desenvolvimento (AKERMAN, 2005).

Conforme os autores Sen (2000) e Sen e Kliksberg (2010), o desenvolvimento está relacionado ao conceito de liberdade e a saúde não é planejada como decorrência daquele, mas como um relevante fator para que isso ocorra. Para Sen (2000, p. 10), o desenvolvimento deveria eliminar as privações de liberdade, “que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercer ponderadamente sua condição de agente”. Nessa lógica, compreende-se que os indivíduos podem moldar o seu destino e ser agentes, não somente favorecidos passivos do desenvolvimento. Becker (2000) descreve que, para que haja desenvolvimento, deve-se considerar o capital humano (conhecimentos, habilidades e competências da população local); o capital social (organização social e empoderamento da população local); a

governança (maneiras de liderar, coordenar, intervir, participar e negociar conflitos nos processos decisórios locais) e o uso sustentável do capital natural.

Para Becker (2000), o conceito de desenvolvimento – local ou regional – só pode ser completo quando há valorização da qualidade de vida dos indivíduos, da participação social e do bem-estar das gerações presentes e futuras. Esse conceito busca a melhoria da vida dos atores individual e coletivamente, pela inserção da comunidade no âmbito global e pelo reconhecimento das particularidades próprias da região em que ela está inserida, ressaltando a identidade e a cooperação.

Para esses autores (SEN, 2000; SEN; KLIKSBURG, 2010; BECKER, 2000), a maneira que uma sociedade trata seus membros, no que se refere à questão da saúde, é um dos indicadores que medem se ela está realmente avançando ou não. Além disso, afirmam que a educação e a saúde são as duas expressões fundamentais que refletem a qualidade de vida da população, ou seja, o desenvolvimento de uma sociedade. Portanto, a saúde é um direito humano, é importante para o desenvolvimento de um país, é requisito para a boa governabilidade, para a estabilidade social e a sustentabilidade. É considerada, por muitos governos, como um bem público, além de estar no centro da agenda do desenvolvimento (WHO, 2006b).

Conforme menciona Diniz (2002, p. 1), o “desenvolvimento impõe autoconhecimento com o fim de programar ações, o que pressupõe a motivação dos participantes com o fim de pôr em marcha um processo de mudança”. Almeja-se, com essa mudança, a evolução das comunidades no que tange à melhoria da condição de vida das pessoas que fazem parte desse grupo.

Para Minayo (2002), a questão do envelhecimento outrora era tratada como questão da vida privada, por representar ônus para a família, ou como assunto de caridade pública, no caso dos pobres e indigentes, ou, ainda, apenas como uma questão médica. Mesmo com todos os avanços, para a autora essa visão ocorre nas práticas sociais de cuidado com os idosos, inscrito culturalmente nas sociedades ocidentais. Uma das grandes mudanças na organização social centra-se nas famílias, por ter havido profundas transformações em seu desenho demográfico, composição familiar, ambientes e formas de vida doméstica, bem como na organização do trabalho, ao mesmo tempo em que houve uma acelerada urbanização e concentração de polos urbanos.

As mudanças na pirâmide populacional, relativas à prevenção de enfermidades e à atenção aos idosos doentes e/ou acamados, preocupam o sistema de saúde. Por isso, para Veras (2009), os formuladores e gestores de políticas referem-se ao custo social da população idosa, orçado como três vezes mais alto que o da população em geral. Isso ocorre, sobretudo, no sistema de saúde, pois o aumento da expectativa de vida, historicamente, vem acompanhado, no mundo inteiro, de mais doenças crônicas não infecciosas, como diabetes mellitus; distúrbios cardiovasculares, articulares, respiratórios e de movimento; doenças incapacitantes, como demência senil, doença de Alzheimer, doença de Parkinson; além do incremento das ocorrências de depressão e de falhas cognitivas (MINAYO, 2002).

Compreender a relação demográfica de uma região e país é relevante para identificar a evolução populacional, constituindo uma ferramenta importante de apontamentos de políticas públicas, quer sejam de saúde ou sociais, direcionadas, no caso em questão, aos idosos. Assim, apresentam-se os dados relativos a esta temática, em ambos os países, e suas regiões correspondentes nesta pesquisa.

3.2 Dados demográficos: Portugal e Brasil

Para a compreensão da forma como se organizam os dados censitários de Portugal e do Brasil, é preciso, primeiro, entender que não se comparam os incomparáveis. Ambos os países têm dimensões territoriais e volume populacionais muito distintos, bem como outras inúmeras diferenças, que impossibilitam qualquer comparação. Entretanto, entendeu-se que, para este estudo, o fato de analisar a demografia desses países e regiões auxiliaria a pesquisadora a compreender a realidade estudada e que se pretende analisar neste capítulo, à luz do eixo proposto por este programa de doutorado em Desenvolvimento Regional.

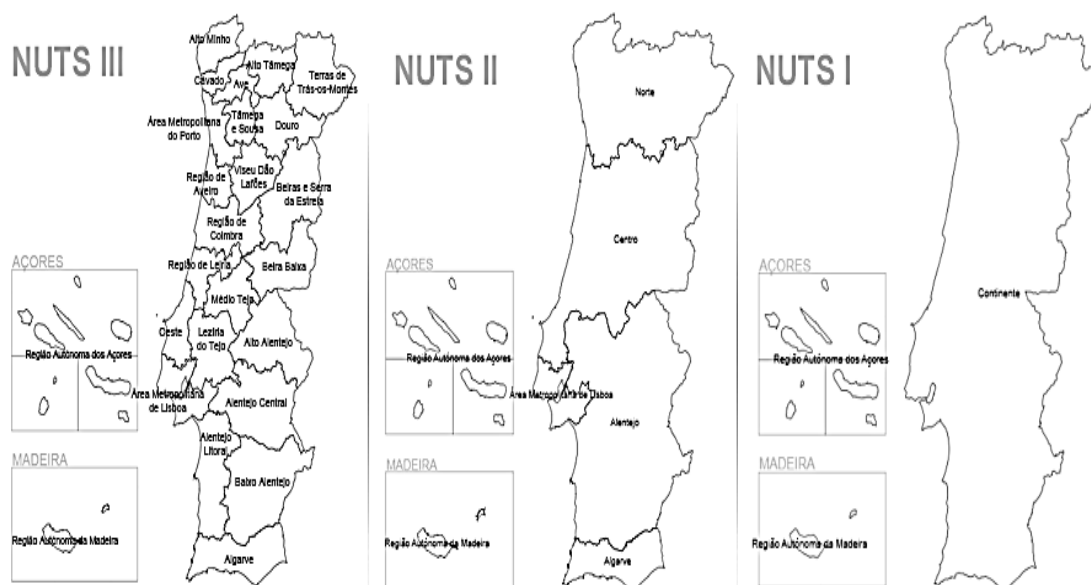
O censo demográfico é realizado, em Portugal e no Brasil, a cada 10 anos, contudo, aquele país realiza a contagem no primeiro ano da década – e o seu último censo foi em 2011 – enquanto este faz o recenseamento no ano zero da década, tendo sido seu último censo em 2010. Por se tratar de um país da União Europeia (UE), Portugal tem o seu território geográfico com aproximadamente 92.212 km², organizado pela Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS), criada pelo Serviço de Estatística das Comunidades Europeias (Eurostat), em cooperação com os Institutos Nacionais de Estatística dos diferentes países da

UE para efeitos de análise estatística de dados, com base numa divisão coerente e estruturada do território econômico comunitário. A NUTS foi instituída pela primeira vez em Portugal, pela Resolução de Conselho de Ministros nº 34/1986, na sequência da adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia, com a publicação do Regulamento (CE) nº 1.059/2003, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de maio (INE, 2015).

A NUTS (Figura 3) é formada por três níveis hierárquicos, na medida em que subdivide cada Estado-membro em três níveis: NUTS I, NUTS II e NUTS III. O segundo e terceiro níveis são, respectivamente, subdivisões do primeiro nível. Em Portugal, o Decreto-Lei nº 46/1989 define a classificação das unidades territoriais correspondentes à NUTS II, sendo sua última alteração realizada no Decreto-Lei 244/2002. Já a NUTS III foi sendo alterada desde o Decreto-Lei nº 46/1989 até a última mudança, realizada pela Lei nº 21/2010.

A NUTS I portuguesa é constituída por três unidades, correspondentes ao território do continente e das regiões Autônomas dos Açores e da Madeira; a NUTS II é composta por sete unidades, das quais cinco ficam no continente, além dos territórios das Regiões Autônomas do Açores e da Madeira; a NUTS III é formada por 25 unidades – 23 delas localizam-se no continente e duas correspondem às Regiões Autônomas do Açores e da Madeira (INE, 2015).

Figura 3 – Representação Geográfica das NUTS I, II, III em Portugal



Fonte: Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (INE, 2015).

Para melhor apresentar a constituição das NUTS e de suas respectivas divisões, destaca-se o Quadro 5 a seguir:

Quadro 5 – Constituição das NUTS 2013

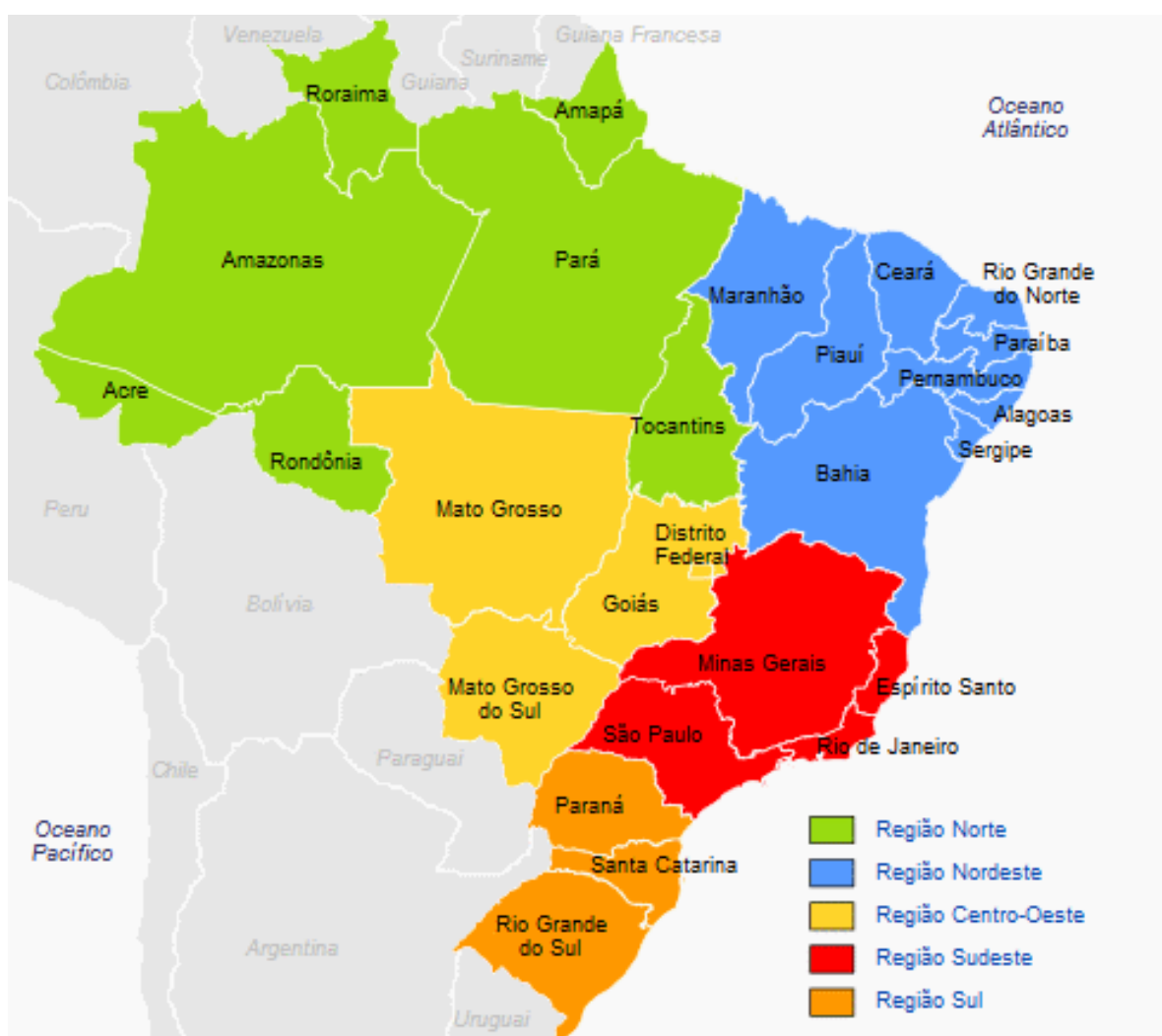
NUTS I	NUTS II	NUTSIII
Continente	Norte	Alto Minho
		Cávado
		Ave
		Área Metropolitana do Porto
		Alto Tâmega
		Tâmega e Souza
		Douro
		Terra de Trás-dos-Montes
	Algarve	Algarve
		Oeste
	Centro	Região de Aveiro
		Região de Coimbra
		Região de Leiria
		Viseu Dão-Lafões
		Beira Baixa
		Médio Tejo
		Beira da Serra da Estrela
	Área Metropolitana de Lisboa	Área Metropolitana de Lisboa
	Alentejo	Alentejo Litoral
		Baixo Alentejo
Lezíria do Tejo		
Alto Alentejo		
Alentejo Central		
Região Autónoma dos Açores	Região Autónoma dos Açores	
Região Autónoma da Madeira	Região Autónoma da Madeira	

Fonte: Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (INE, 2015).

Destaca-se que na NUTS I (no Continente), fica a Região Norte (NUTS II), que se subdivide em 8 sub-regiões – Alto Minho, Cávado, Ave, Área Metropolitana do Porto, Alto Tâmega, Tâmega e Souza, e Douro. O Concelho de Braga está inserido na sub-região do Cávado, ou seja, Braga fica na Região Norte de Portugal Continente na sub-região do Cávado, nome que se dá ao rio da região. No entanto, destaca-se que as NUTS são apenas utilizadas para fins estatísticos, pois administrativamente o país é dividido em municípios e freguesias.

Já no Brasil, os 8.516.000 km² de área que possui, encontram-se divididos em 27 estados, com 5.565 municípios, tendo a região Sul do país 1.188 municípios (IBGE, 2010). A Figura 4 demonstra apenas a divisão territorial por estados, já que, devido à quantidade de municípios, seria contrassenso representá-los em figuras:

Figura 4 – Representação dos estados brasileiros divididos por regiões



Fonte: IBGE (2010, p. 32).

Observa-se que os 27 estados que compõem o território brasileiro o transformam em um país continental, aproximando-o da extensão territorial da Europa, que é de 10.180.000 km² (NEY; PIERANTONI; LAPÃO, 2015). Portanto, nesse sentido não há nada para se comparar entre esses países, nem quanto à dimensão territorial e nem em termos populacionais, bem como em relação à sua forma de organização administrativa, já que Portugal centraliza as decisões sobre o seu território na capital Lisboa e as tomadas de decisão refletem-se em todo o território nacional, resguardando as devidas particularidades territoriais e decisões políticas. No Brasil, a capital administrativa é Brasília, mas as escalas de governança são descentralizadas em âmbito estadual e municipal (ABRUCIO, 2007).

Portugal, em termos populacionais, não tem apresentado um crescimento significativo, conforme se constata na Tabela 1 de 1950 a 2011, nota-se que houve pouco crescimento no número de habitantes, especialmente no período de 2001 para 2011, pois, em uma década, houve aumento de pouco mais de 200 mil pessoas vivendo no país.

Tabela 1 – População residente em Portugal

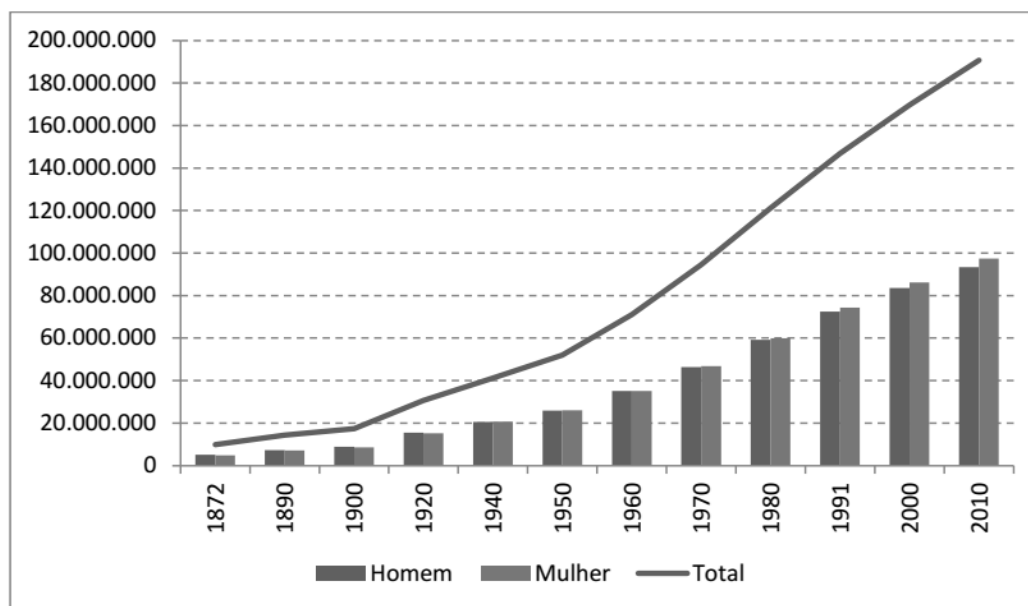
Recenseamento	Total da população
1950	8.441.312
1960	8.889.392
1970	8.663.252
1981	9.833.014
1991	9.867.147
2001	10.356.117
2011	10.562.178

Fonte: INE (2012).

Observa-se que, no censo de 1960 para 1970, houve um decréscimo da população, que, segundo Leitão (2015), foi ocasionado pela ditadura salazarista de no país, que o manteve por muito tempo em recessão e pobreza. No entanto, no período entre 1970 e 1981 houve mais crescimento populacional, por ter se tratado de um momento particular vivenciado por Portugal, decorrente do regresso de milhares de cidadãos provenientes das ex-colônias, além de algum retorno de emigrantes de países europeus, após a Revolução de 1974 (INE, 2012).

Por sua vez, o Brasil teve crescimento populacional constante, como se pode observar na Figura 5, desde o primeiro censo até o mais recente.

Figura 5 – Evolução do crescimento da população brasileira de 1872 a 2010



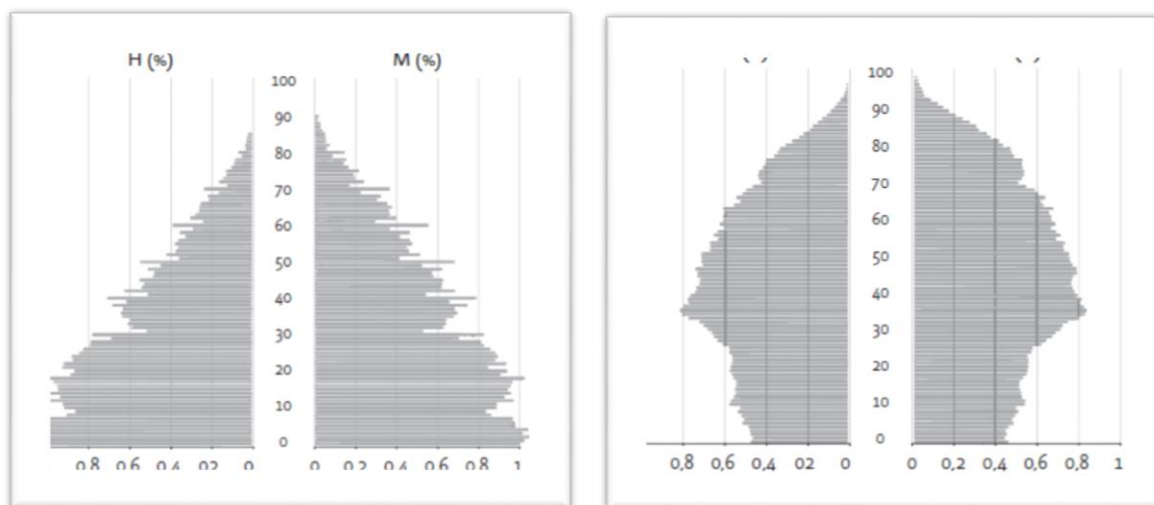
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Censos demográficos (2012).

Destaque-se que desde o primeiro recenseamento brasileiro a população já atingiu 9.930.478 habitantes (IBGE, 2010), um número muito próximo do total de habitantes portugueses atual, que é de 10.293.054 de pessoas (INE, 2011). O crescimento populacional no Brasil foi contínuo e progressivo, e, desde o Censo 2000, a população cresceu 12,3%, isto é, 21 milhões a mais de brasileiros, o equivalente ao dobro da população de Portugal. Em relação ao último censo, a população brasileira era de 190,7 milhões (IBGE, 2010) e, no último levantamento, realizado pela pesquisadora em novembro de 2016, já eram 206.552.610 brasileiros (IBGE, 2016).

3.3 O envelhecimento populacional

Em Portugal, durante os sessenta anos entre 1950 e 2011, verifica-se que houve um crescimento no envelhecimento da população como resultado da conjugação de diferentes dinâmicas e circunstâncias (REMOALDO, 2005). Essa alteração torna-se evidente na forma das pirâmides: de triangular uniforme, em 1950, para uma configuração tendendo a hexagonal, em 2011 (Figura 6), espelhando, assim, a transformação das características da população portuguesa, que de jovem se torna envelhecida, numa clara inversão da pirâmide de idades.

Figura 6 – População portuguesa em 1950 e em 2011



Fonte: INE. Recenseamento da população em 1950 e 2011.

As melhorias das condições de vida, de bem-estar, bem como das condições de saúde, médicas e assistenciais, refletiram-se na diminuição da mortalidade e, conseqüentemente, na expectativa da esperança de vida. Esses efeitos são visíveis no alargamento do topo da pirâmide, relativo ao aumento progressivo da população com mais anos (INE, 2011).

Por sua vez, a diminuição da base traduz os efeitos da diminuição da fecundidade na dinâmica populacional. Esses resultados integram o processo de transição demográfica, que tem sido particularmente discutido, sobretudo em contextos de baixa fecundidade (REHER, 2004, 2007). A forma como esse processo aconteceu, aliado à diminuição da mortalidade e da fecundidade, reflete e explica as transformações ocorridas nas estruturas populacionais. Estas devem, no entanto, ser associadas, também, aos efeitos das migrações (emigração e imigração). São essas mudanças e características que caracterizam e fazem com que se compreendam os contornos do processo de envelhecimento em Portugal (GAUTHIER, 2007).

Quanto à proporcionalidade de idosos identificados pelas regiões da NUTS II, verifica-se que o aumento de idosos também é gradativo e constante, como se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2 – Proporção de idosos no país e NUTS II de 1950 a 2011

Portugal/NUTS II	1950 (%)	1960 (%)	1970 (%)	1981 (%)	1991 (%)	2001 (%)	2011 (%)
Portugal	7,0	8,0	9,7	11,4	13,6	16,4	19,0
Norte	6,3	6,9	8,2	9,8	11,4	14,0	17,1
Centro	8,0	9,2	11,6	13,8	16,5	19,4	22,4
Lisboa	6,6	7,9	8,7	9,7	12,3	15,4	18,2
Alentejo	6,8	8,2	11,7	15,4	18,6	22,3	24,2
Algarve	8,7	10,5	13,9	15,8	17,3	18,6	19,5
Região Autónoma dos Açores	6,7	6,7	8,8	11,3	12,5	13,0	13,1
Região Autónoma da Madeira	5,7	6,5	8,2	10,5	11,6	13,7	14,9

Fonte: INE. Recenseamentos da População Portuguesa 1950 e 2011, s.p., em 2012.

O maior número de idosos no NUTS II encontra-se no Algarve, até 1981. Posteriormente, em 1991, 2001 e 2011, o Alentejo apresenta maior proporção de idosos. O Centro, que estava como a segunda região mais envelhecida em 1950 e 1960, retoma essa posição em 2001 e 2011.

Nota-se, nos dados, que a região Norte, onde localiza-se Braga, surge apenas em 1991, no topo, como a menos envelhecida, e depois se mantém em evolução crescente do índice de envelhecimento ao longo dos momentos censitários de 2001 e 2011.

Tratando-se das NUTS III (Tabela 3), a evolução da proporção de idosos foi sempre crescente de 1950 a 2011. No entanto, a sua análise permite estabelecer alguns pontos importantes para a compreensão da configuração do envelhecimento da estrutura da população portuguesa. Embora as NUTS II tenham demonstrado que, em 1950, estivesse em Algarve a proporção de idosos mais expressiva, quando se consideram as NUTS III é possível perceber que isso ocorre com Pinhal Interior Norte, Pinhal Interior Sul, Serra da Estrela, Algarve, Dão-Lafões, Minho Lima, Baixo Vouga, Baixo Mondego, Médio Tejo e Beira Interior Sul, que apresentam as porcentagens de idosos mais elevadas (INE, 2011). Isso significa dizer que são as NUTS do Interior Centro as que registram o envelhecimento mais intenso, além de Algarve, Minho Lima e NUTS do Centro, duas das quais litorais (Baixo Vouga e Baixo Mondego) e Médio Tejo (da NUTS II Alentejo).

Tabela 3 – Proporção de idosos no país e NUTS III de 1950 a 2011

Portugal e NUTS III	1950	1960	1970	1981	1991	2001	2011
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Portugal	7,0	8,0	9,7	11,4	13,6	16,4	19,0
Minho Lima	8,2	9,6	11,3	14,0	16,7	20,0	23,1
Cávado	6,4	7,0	7,5	8,7	9,8	11,8	14,3
Ave	5,4	5,7	6,9	8,1	9,1	11,4	14,8
Grande Porto	5,7	6,5	7,6	8,9	10,6	13,1	16,6
Tâmega	6,5	7,1	7,7	9,0	10,0	11,8	14,1
Entre Douro e Vouga	6,8	7,0	7,6	8,8	10,3	12,6	16,4
Douro	6,6	7,4	9,9	12,6	15,6	20,0	23,2
Alto Trás-os-Montes	6,1	6,4	9,5	12,8	17,3	22,7	27,9
Baixo Vouga	8,2	8,6	9,7	11,1	12,9	15,6	18,8
Baixo Mondego	8,2	9,1	11,0	12,8	15,2	18,7	22,1
Pinhal Litoral	6,0	6,9	8,1	10,0	12,8	15,9	19,3
Pinhal Interior Norte	10,4	12,5	15,9	18,5	21,5	23,6	26,1
Dão-Lafões	8,3	9,4	11,6	14,1	16,7	19,7	23,3
Pinhal Interior Sul	9,1	11,1	14,9	20,0	25,6	31,0	33,6
Serra da Estrela	9,1	10,6	13,2	16,4	19,8	23,9	28,8
Interior Norte	7,5	9,1	13,6	18,1	21,7	25,4	28,6
Beira Interior Sul	7,7	10,0	15,4	20,5	24,0	27,5	28,7
Cova da Beira	6,9	8,0	11,5	15,3	18,0	21,4	25,2
Oeste	7,1	8,4	10,3	12,2	15,0	17,9	20,1
Médio Tejo	8,1	9,7	12,0	14,5	17,4	20,9	23,9
Grande Lisboa	6,9	8,3	9,2	10,2	12,8	15,8	18,3
Península de Setúbal	5,4	6,2	6,8	8,2	10,9	14,3	18,0
Alentejo Litoral	4,8	6,2	9,9	14,0	16,8	21,6	23,9
Alto Alentejo	7,5	9,4	13,3	18,3	21,9	26,0	27,3
Alentejo Central	6,6	7,8	11,0	15,0	18,4	22,4	24,4
Baixo Alentejo	6,6	7,8	12,0	16,9	20,3	24,0	25,2
Lezíria do Tejo	7,6	9,3	11,7	13,4	16,7	19,8	22,0
Algarve	8,7	10,5	13,9	15,8	17,3	18,6	19,5
Região Autónoma dos Açores	6,7	6,7	8,8	11,3	12,5	13,0	13,1
Região Autónoma da Madeira	5,7	6,5	8,2	10,5	11,6	13,7	14,9

Fonte: INE. Recenseamentos da População Portuguesa, 2011.

Bandeira (2000), em sua análise, observou que há algumas sub-regiões, entre elas o Cávado, na qual se localiza o município de Braga, que surge com um crescimento contínuo na percentagem de idosos e que, no último censo, atingiu os 14% de idosos, contudo, em outras essa proporcionalidades oscila bastante. O autor destaca, ainda, a enorme porcentagem de idosos em algumas regiões do interior de Portugal, como Pinhal Interior Sul, com 33,6%, Serra da Estrela, com 28,8%, Interior Norte, com 28,6%, e Trás os Montes, com 27,9% de idosos. Esses altíssimos índices de proporcionalidade de idosos na população de Portugal, principalmente nas regiões do interior do país, causam extrema preocupação aos gestores de políticas públicas para essa população (BANDEIRA, 2000).

Por outro lado, nota-se, na Tabela 4, que, embora entre 1950 e 2011 a população total tenha aumentado, a jovem diminuiu.

Tabela 4 – População portuguesa segundo os grupos de idades entre 1950 e 2011

Recenseamentos	0-14	15-24	25-64	65 e mais anos	75 e mais anos	Total país
1950	2.488.085	1.572.667	3.791.045	589.515	688.910	8.441.312
1960	2.591.955	1.452.429	4.136.439	708.569	238.121	8.889.392
1970	2.451.850	1.358.940	3.967.575	832.760	272.720	8.611.125
1981	2.508.673	1.628.059	4.570.824	1.125.458	384.812	9.833.014
1991	1.972.403	1.610.836	4.941.164	1.342.744	527.948	9.867.147
2001	1.656.602	1.479.587	5.526.435	1.693.493	701.366	10.356.117
2011	1.572.329	1.147.315	5.832.470	2.010.064	961.925	10.562.178

Fonte: INE. Recenseamentos da população portuguesa, 2011.

Entre os indivíduos de 0 a 14 anos e de 15 a 24 anos, verificou-se um decréscimo constante, com poucas oscilações. A população em idade ativa, isto é, de 25 a 64 anos, registrou um acréscimo significativo, levando à projeção de que somarão mais idosos nas próximas décadas. Entretanto, foi no grupo dos idosos, acima de 65 anos e mais que o acréscimo populacional foi mais intenso.

Na Tabela 5, pode-se observar com mais clareza o que significa esse crescimento discrepante entre a população que envelhece e o número de crianças e jovens, que decai na população portuguesa em termos de percentuais.

Tabela 5 – Grupos funcionais entre 1950 e 2011 (em percentuais %)

Recenseamentos	0-14	15-64	65+
1950	29,5	63,5	7,0
1960	29,2	62,9	8,0
1970	28,5	61,9	9,7
1981	25,5	63,0	11,4
1991	20,0	66,4	13,6
2001	16,0	67,7	16,4
2011	14,9	66,1	19,0

Fonte: INE. Recenseamentos da população portuguesa, 2011.

A população com 65 anos ou mais registra um aumento, passando dos cerca de 7%, em 1950, para 19%, em 2011. No entanto, quanto à população em idade ativa, dos 15 aos 64 anos, apresenta flutuações: decresce em 1960 e 1970, comparativamente a 1950, mas registra aumentos percentuais em 1981, 1991, 2001, voltando a apresentar um decréscimo em 2011. Na evolução desse grupo de idade transparecem diversos efeitos: o das emigrações intensas dos anos 1960 e 1970, os aumentos populacionais das décadas seguintes (1981, 1991, 2001), bem como os

efeitos do processo de envelhecimento ou do retomar da emigração, ocorrido em 2011 (INE, 2012).

Conforme Bandeira (2014), o movimento migratório em Portugal é bastante intenso em todas as épocas por diferentes motivos, sendo a economia o maior impulsionador desse movimento. Em todas as décadas, o decréscimo da população portuguesa quase sempre está relacionado à queda de emprego ou à busca de oportunidades de ganhos financeiros em termos salariais ou de novas oportunidades de mercado. Um dos destinos preferidos dos portugueses é a França, onde se registram, atualmente, quase dois milhões de portugueses a viver no país (BANDEIRA, 2014). Ademais, a emigração portuguesa também é fortemente identificada em diversos outros países europeus e em suas antigas colônias, como o Brasil e países da África. Contudo, uma das características demarcadas na cultura portuguesa é o saudosismo, que, para Leitão (2015), é um dos motivos que faz com que o português busque sempre retornar a sua terra natal para voltar a viver.

Consequentemente, esse movimento migratório afeta diretamente os idosos que vivem em Portugal. Em um levantamento em 2015, a Guarda Nacional Republicana, responsável pelo rastreamento anual nos domicílios do país, nomeado de Censos Sênior 2015, encontrou 23.996 idosos que viviam sozinhos, 5.205 que viviam isolados e sem rede de apoio, e outros 6.727 que não estavam enquadrados nas situações anteriores, mas se encontravam em situação de vulnerabilidade, fruto de limitações físicas e mentais (PORTUGAL, 2015).

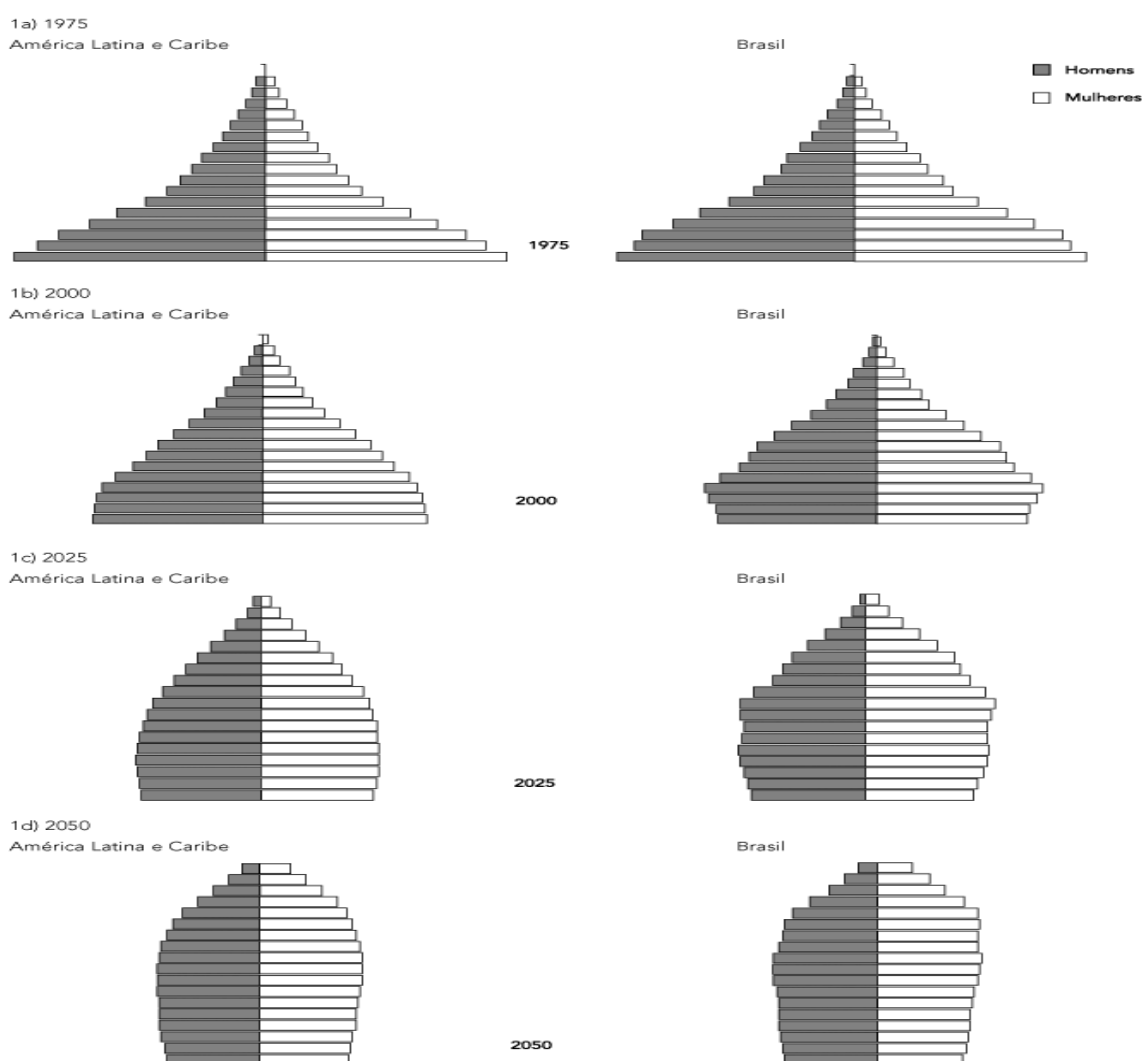
O Brasil, por sua vez, também vivencia uma significativa transformação em seu perfil populacional, que evidencia um processo de transição demográfica decorrente do progressivo envelhecimento da população, com aumento relativo e absoluto dos indivíduos com 60 anos ou mais no país, que, segundo se estima, chegará a 32 milhões de pessoas em 2025 (MORAES, 2012).

Para Wong e Carvalho (2006), a trajetória demográfica da população brasileira, na primeira metade desse século XXI, tanto em termos de volume quanto à estrutura etária, já está praticamente definida. Tanto a transição de mortalidade quanto a da fecundidade já se encontram muito avançadas, e, segundo os dados censitários (IBGE, 2010), a população brasileira cresceu quase 20 vezes entre o primeiro censo, ocorrido em 1872, e o último censo realizado no País, em 2010, de acordo com o já demonstrado na Figura 5.

No final do século XIX e início do século XX, o grande crescimento populacional deveu-se à imigração internacional para suprir a demanda por mão de obra na agricultura e nas indústrias, principalmente na região Sudeste e, particularmente, na região Sul, com as colonizações (BERNARDES, 1997).

Esse movimento de aumento populacional ocorreu, de fato, em toda a América Latina e Caribe, conforme demonstra a Figura 7.

Figura 7 – Distribuição etária relativa (Brasil e América Latina e Caribe, 1975-2050)



Fonte: Organização das Nações Unidas (ONU, 2016).

Entre os anos 1940 e 1960, houve um declínio significativo da mortalidade, mantendo-se a fecundidade em níveis bastante altos, produzindo, assim, um rápido crescimento populacional, quase estável e jovem. A partir do final da década de 1960, a redução da fecundidade, que se iniciou nos grupos populacionais mais privilegiados

e nas regiões mais desenvolvidas, generalizou-se rapidamente e desencadeou o processo de transição da estrutura etária, que levou, provavelmente, a uma nova população quase estável, mas, dessa vez, com um perfil envelhecido, ritmo de crescimento baixíssimo e, talvez, negativo (WONG; CARVALHO, 2006).

Wong e Carvalho (2006) destacam que a presença de crianças com menos de cinco anos reduziu-se de 15% para 11% entre 1970 e 1990. A participação do grupo etário de 5 a 9 anos declinou de 14% para 12%. A proporção de crianças nesses dois grupos de idade continuou decrescendo, chegando, em 2010, a tamanhos similares (cada um representava cerca de 9% da população total). Complementarmente, os grupos mais velhos aumentaram o seu volume de participação: a população de 65 anos ou mais, por exemplo, aumentou de 3,1%, em 1970, para 5,5%, em 2000, e 7,4% em 2010. O formato da estrutura etária, até então extremamente piramidal, começou, então, de sua base, a desaparecer, anunciando um rápido processo de envelhecimento e uma distribuição praticamente retangular, no futuro, conforme demonstrado na Figura 7. Observa-se que as mudanças mais acentuadas ocorrem nas idades extremas: os menores de 15 anos perderam representatividade, desde os anos 1970; os maiores de 65 anos e mais apresentarão crescimento durante toda a primeira metade deste século.

Pode-se alcançar uma melhor compreensão da trajetória da transição da estrutura etária brasileira no período de 2000 a 2050 ao se considerarem as taxas médias de crescimento anual de grupos etários mais específicos, analisadas na Tabela 6.

Tabela 6 – Taxa média anual de crescimento (%) da população, por grupos etários (Brasil, 2000-2050)

Período	Total	Grupo Etário (anos)				
		0-14	15-24	25-64	65-74	75 e +
2000-2005	1,45	0,17	0,77	2,26	3,05	4,97
2010-2015	1,15	0,20	-0,25	1,77	3,18	4,05
2020-2025	0,63	-0,33	-0,59	0,70	2,34	4,54
2030-2035	0,63	-0,33	-0,59	0,70	2,34	4,54
2045-2050	0,28	-0,46	-0,36	-0,05	2,48	2,38

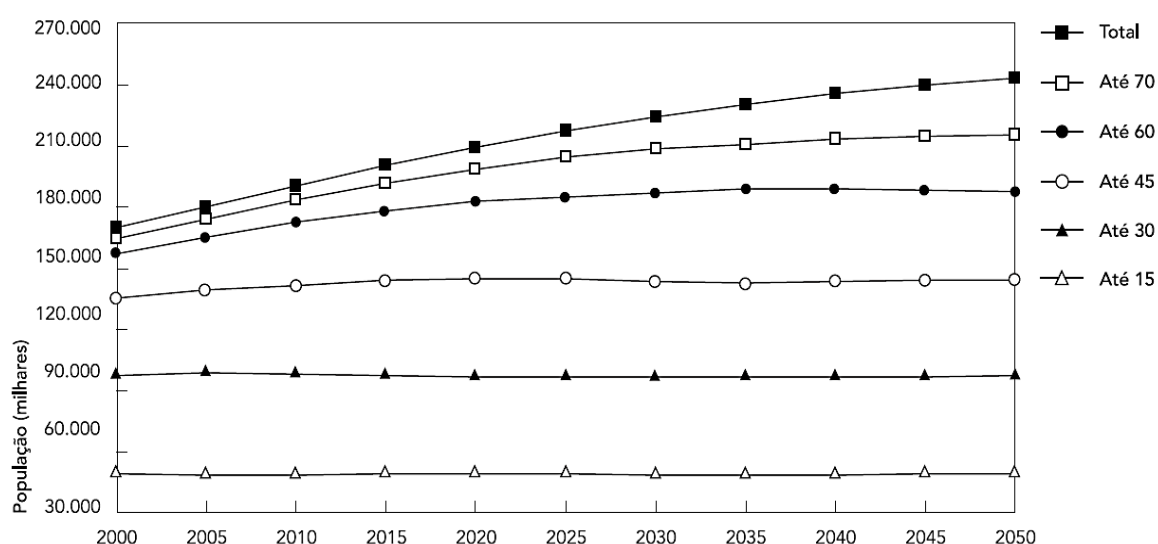
Fonte: (IBGE, 2016).

Os dados indicam que, a partir de 2020, o grupo de 0 a 14 anos, e, de 2030, o grupo de 15 a 24 anos, deverão apresentar taxas negativas de crescimento. A população de 25 a 64 anos, em que se concentra a força de trabalho, apresentou, até

2005, taxas de crescimento acima de 2%. Seu ritmo de aumento sofrerá forte desaceleração, já no curto prazo, e seu tamanho absoluto deverá se estabilizar por volta de meados do século XX (IBGE, 2010). Os grupos acima de 65 anos aumentarão a taxas positivas e altas durante todo o período e taxas de crescimento superiores a 4% são esperadas para a população de 75 anos e mais, durante grande parte da primeira metade do presente século. É esse padrão de crescimento diferenciado por idade que se apresenta baixo ou negativo no segmento jovem, médio ou baixo para a população em idade ativa até 2025, e praticamente nulo no restante do período. Ainda, demonstra ser muito alto no contingente de idosos, que caracterizará a transição da estrutura etária brasileira durante a primeira metade do presente século.

As consequências de diferentes taxas de crescimento, no tamanho absoluto da população dos vários grupos etários, tornam-se uma questão importante a ser considerada. Apesar de a fecundidade já ter alcançado o nível de reposição e de, certamente, atingir níveis ainda mais baixos, no futuro próximo a população como um todo deverá ainda crescer durante o período analisado. Conviverão grupos etários que diminuirão, em termos absolutos, com outros crescendo rapidamente, a exemplo da população idosa, conforme demonstrado na Figura 8.

Figura 8 – População acumulada até a idade indicada (anos), Brasil, 2000-2050



Fonte: IBGE (2010).

As projeções do IBGE (2010), assim como a análise de Carvalho e Wong (2008) e Wong e Carvalho (2006), preveem que, entre 2000 e 2050, 88 milhões de pessoas serão provavelmente adicionadas à população total. Apesar disso, entre os jovens as

taxas de crescimento negativas prevalecerão, o que trará, como consequência, a diminuição no número absoluto desse segmento populacional. Durante o período, o tamanho da população com menos de 15 anos deverá decrescer em algo próximo de cinco milhões. Por sua vez, entre 2000 e 2050, a população total deverá crescer cerca de 50% e aquela abaixo de 15 anos declinará em torno de 10%. No último quinquênio analisado, entre 2045 e 2050, a população total do país crescerá, por ano, a uma taxa média de apenas 0,28% (muito próxima ao crescimento nulo), e a abaixo de 15 anos diminuirá a um ritmo de 0,46% ao ano.

Trata-se de fenômeno registrado pela primeira vez no País e que terá impacto sobre o número absoluto de idosos (65 anos e mais) a partir de 2050. Contudo, a população idosa continuará a crescer em ritmo menor e não haverá declínio na proporção da população brasileira por ela constituída, pois estará ocorrendo, concomitantemente, a diminuição de pessoas em todas as idades abaixo de 45 anos. Isso porque se prevê que o número de nascimentos no país cairá durante todo o período compreendido entre 2010 e 2050.

Como já visto, o maior ritmo de crescimento da população idosa levará ao envelhecimento populacional no País. De 3,1%, em 1970, as pessoas com 65 ou mais anos de idade deverão corresponder, em 2050, a aproximadamente 19% da população brasileira. Atualmente, já representam 12,5% da população total (IBGE, 2016).

A partir dos dados apresentados, propõe-se uma aproximação das regiões estudadas em Portugal e no Brasil, traçando alguns paralelos em ambas as realidades.

3.4 Traçando paralelos entre Portugal – Região Norte e Cávado – e o Rio Grande do Sul, no Brasil

Pretende-se demonstrar alguns pontos de convergência demográfica entre Portugal e Brasil, traçando alguns paralelos entre o país europeu, especialmente a região Norte do país e o Cávado, onde se localiza Braga, e o estado do Rio Grande do Sul, onde se localiza o município de Santa Maria, local deste estudo. Novamente, se reafirma o compromisso em não traçar comparações entre os diferentes, mas de se compreender a proporcionalidade da dimensão em termos populacionais e

territoriais desses espaços geográficos, onde se buscou compreender a dinâmica das relações sociais e políticas nesta pesquisa.

Em termos territoriais, Portugal tem 92.212 km² de área de extensão no país (INE, 2011) enquanto o Rio Grande do Sul, doravante denominado por sua sigla, RS, tem o equivalente a 281.748 km². A população de Portugal é de 10,2 milhões de habitantes e a do RS de 11,2 milhões de habitantes.

Na Tabela 7, observa-se que, na NUTS II, a região do Norte, onde se situa o Distrito e o Concelho de Braga, reside o maior volume populacional desde 1950 até 2011, de forma crescente, com exceção das décadas de 1960 a 1970, em que acompanhou o decréscimo de todo país, mas, mesmo assim, manteve a maior contingência populacional.

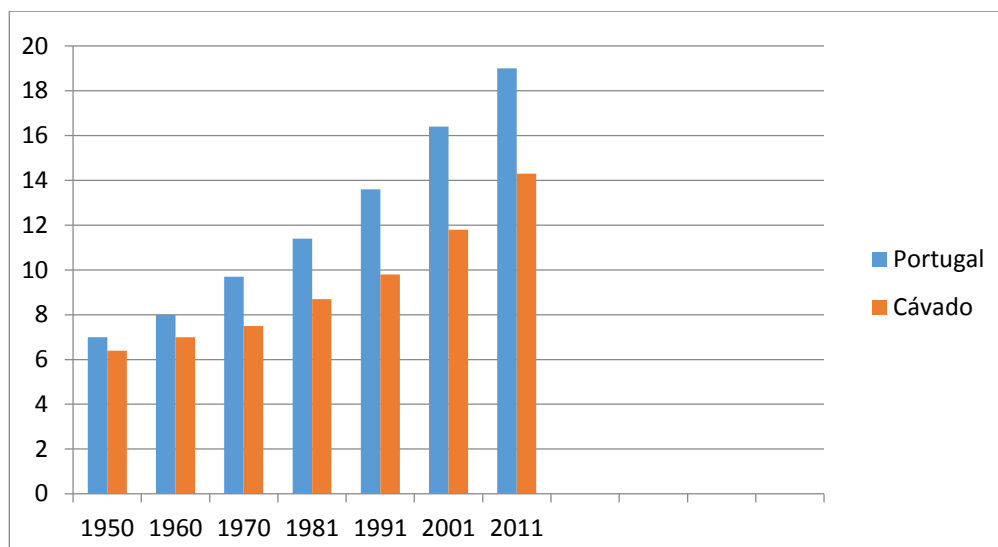
Tabela 7 – População residente nas NUTS II

NUTS II	1950	1960	1970	1981	1991	2001	2011
Norte	2.802.631	3.040.516	3.019.970	3.410.099	3.472.715	3.687.293	3.689.682
Centro	2.416.093	2.434.934	2.165.815	2.301.514	2.258.768	2.348.397	2.327.755
Lisboa	1.298.986	1.505.982	1.815.290	2.482.276	2.520.708	2.661.850	2.821.876
Alentejo	1.011.613	996.227	805.960	819.337	782.331	776.585	757.302
Algarve	325.301	314.841	268.040	323.534	341.404	395.218	451.006
Região Autónoma dos Açores	317.277	327.476	268.015	243.410	237.795	241.763	246.772
Região Autónoma da Madeira	266.990	268.937	251.135	252.844	253.462	245.011	267.785
Portugal	8.441.312	8.889.392	8.663.252	9.883.014	9.867.147	10.356.117	10.562.178

Fonte: PORDATA, 2015.

A taxa de crescimento médio dá a dimensão do ritmo e da intensidade do crescimento em cada região. Observa-se que, na década de 1960, houve forte mobilidade interna e para o exterior em quase todas as regiões, mas especialmente nas do interior, e algumas delas não tornam a recuperar a população, como se pode verificar no registro contínuo de taxas negativas. No Norte não foi diferente: na última década, houve muito pouco percentual de crescimento (INE, 2011).

Quanto à evolução da proporção de idosos (em percentuais) entre Portugal e a Região do Cávado, aponta-se para a Figura 9, que apresenta essa relação em um gráfico desde o ano de 1950 até o último censo português, de 2011.

Figura 9 – Evolução da proporção de idosos de Portugal e Sub-Região Cávado

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do PORDATA, 2015.

Nota-se que ambas as evoluções são constantes e ascendentes. Enquanto Portugal Continental e as Ilhas dos Açores e Madeira registram, em 1950, aproximadamente 6,5% de idosos no país, a Sub-Região do Cávado registrou cerca de 6% de idosos entre a população da região. Esse cenário cresce em linha ascendente até 2011, com 18,5% de idosos entre a população em Portugal e 14% de idosos entre a população da Sub-região do Cávado. Um aumento constante, progressivo e ascendente, mostrando que a população de Portugal cresce de forma ascendente rumo ao envelhecimento (INE, 2011).

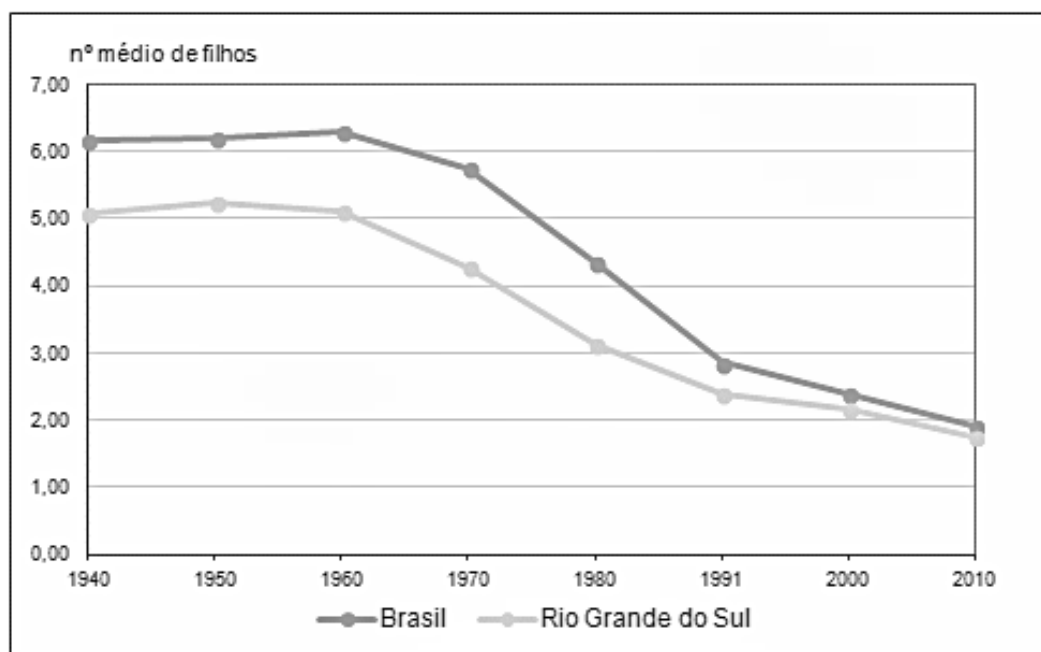
Já o estado do Rio Grande do Sul atravessou largo processo de mudança territorial ao longo dos últimos 30 anos. Composto, em 1980, por 232 municípios, alcança o ano de 2010 com o total de 496, localizando-se a grande maioria (mais de 43%, desde 1980) na mesorregião Noroeste Rio-grandense. À mesorregião Metropolitana de Porto Alegre pertencem cerca de 20% dos municípios (IBGE, 2016).

A população total do Rio Grande do Sul, em 2010, foi de 10.727.937 habitantes, o que significa, em relação a 1980, um incremento total de mais de 2,9 milhões de habitantes. A redução progressiva das taxas de crescimento da população chegou a 0,52% entre os anos de 2000-2010, mostrando que esse ritmo está em queda no estado. Em compensação, a densidade demográfica se intensificou ao longo dos últimos 30 anos – de 29 habitantes por km², em 1980, passou, em 2010, para quase 40 hab./km² (IBGE, 2016).

Segundo o IBGE (2016), no período 2000-2010, 52% dos municípios do RS tiveram taxas de crescimento total negativas e mais de 18% cresceram a taxas abaixo da média do estado. Apenas uma pequena parcela do território, na qual se observa mais dinamismo econômico e se concentram os investimentos, se manteve atrativa, região que abrange o eixo entre a área Metropolitana de Porto Alegre e a Aglomeração Urbana da Região Nordeste. Cabe destaque que o litoral rio-grandense, com a existência de municípios com forte atração populacional, revela intenso processo de transformação por que está passando essa parcela do estado, que já teve institucionalizada a Aglomeração Urbana do Litoral Norte (BERNARDES, 1997).

No Rio Grande do Sul, observando os dados dos últimos Censos Demográficos (IBGE, 2000, 2010), a taxa de crescimento anual no período de 1991 a 2000 foi de 1,21% e, no período de 2000-2010, foi de 0,49%, a menor taxa entre os estados brasileiros. Um dos fatores que causou esse decréscimo populacional em grande número de municípios, segundo avaliação realizada pelo Governo do Estado por meio do Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2016), é a acentuada queda da taxa de fecundidade, conforme apresentado na Figura 10.

Figura 10 – Taxa de Fecundidade, Brasil e Rio Grande do Sul, 1940-2010



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2015).

Em 1998, a média era de 2,1 filhos por mulher e, atualmente, conforme dados do Censo Demográfico de 2010, é de 1,8. Vários fatores contribuem para a queda da

fecundidade, a exemplo do processo de urbanização, como consequência do aumento da industrialização associado a fatores como o aumento no nível educacional, o acesso das mulheres ao mercado de trabalho, a disseminação de métodos contraceptivos e a melhora nas condições de saúde, entre outros, constituem elementos fundamentais para essa mudança (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Outro aspecto que concorre para a diminuição do ritmo de crescimento da população são as migrações internas, na maior parte das vezes motivadas por fatores econômicos, com deslocamentos em direção aos municípios maiores. Dentre os municípios gaúchos, 51% apresentaram taxas negativas de crescimento populacional, localizados principalmente na fronteira Oeste e Norte do estado (AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010). No entanto, o índice de envelhecimento no RS é um dos maiores encontrados no país, na média de 22,34 (IBGE, 2010).

No próximo item, deseja-se aproximar a realidade sociodemográfica dos municípios nos quais foram desenvolvidos este estudo: Braga e Santa Maria.

3.5 Caracterização sociodemográfica da população do Distrito e Concelho de Braga e do município de Santa Maria

Abordam-se, neste item, alguns aspectos históricos das regiões e municípios, a fim de situar as questões culturais envolvidas nos contextos de cada país, bem como apresentar os dados censitários desses municípios, realizados em 2011, em Portugal, e 2010, no Brasil.

3.5.1 Breve histórico de Braga

Braga é uma das mais antigas cidades portuguesas e uma das cidades cristãs mais antigas do mundo, tendo sido fundada por romanos há mais de 2000 anos. Durante o século I a.C, a região foi tomada pelos romanos, que a edificaram e deram-lhe o nome de Bracara Augusta, no ano de 16 a.C. O seu nome foi dado em homenagem ao Imperador Romano César Augusto e ela foi capital da Galícia na época. (FONTES, 2010).

Segundo Fontes (2010), em 716 d.C, os Mouros invadem a cidade e provocam grande destruição, pois, já naquela época, ela era considerada uma importante cidade religiosa cristã. É reconquistada pelo Rei Afonso III, Rei das Astúrias, e, no século XI,

é reorganizada, com a nova designação de Braga. Iniciou-se, então, a construção da muralha e da igreja da Sé que, no antigo templo romano, era dedicado à Deusa Isis e, posteriormente, foi convertido em Igreja Cristã, conhecida como a mais antiga de Portugal.

Por volta do século XVIII, Braga transforma-se em uma cidade de estilo Barroco, com projetos arquitetônicos do arquiteto André Soares, e torna-se referência desse estilo em Portugal. (FONTES, 2010). Braga conjuga o moderno com o Barroco, a história com a contemporaneidade e, em 1973, fundou-se, em Braga e em Guimarães, a Universidade do Minho, atraindo para o município a presença de muitos jovens da região, do país e de outros países europeus e latino-americanos, principalmente. Trata-se de uma cidade com dinamismo cultural e de atração turística na região do Norte, pois, depois da cidade do Porto, Braga e também o município de Guimarães são os mais visitados e procurados na região Norte, por suas histórias, arquitetura e festas culturais (CÂMARA MUNICIPAL DE BRAGA, 2016).

Para se compreender Braga, é importante destacar que ela é, ao mesmo tempo, um Distrito e também um Concelho (Figura 11), ou seja, o que corresponde, no Brasil, a município e estado. Um exemplo brasileiro dessa configuração seria São Paulo, que é uma cidade/município, mas também um estado com outros municípios. Portanto, para este estudo serão apresentados dados de Braga como Distrito e, também, como município.

3.5.2 Densidade populacional e população residente no Distrito e Concelho de Braga

Como Distrito, Braga (Figura 11) congrega 14 outros Concelhos (municípios), numa área de 2.673 km², e uma população residente de 848.185 habitantes (INE, 2011).

Figura 11 – Representação do Distrito de Braga



Fonte: Mapa Mundi, 2016.

O Distrito de Braga é composto pelos seguintes Concelhos: Amares, Barcelos, Braga, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Esposende, Fafe, Guimarães, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho, Vila Nova de Famalicão, Vila Verde e Vizela.

Na Tabela 8, apresentam-se dados da população no Distrito de Braga, no período de 1864 a 2011 (INE, 2011).

Tabela 8 – População do Distrito de Braga (1864-2011)

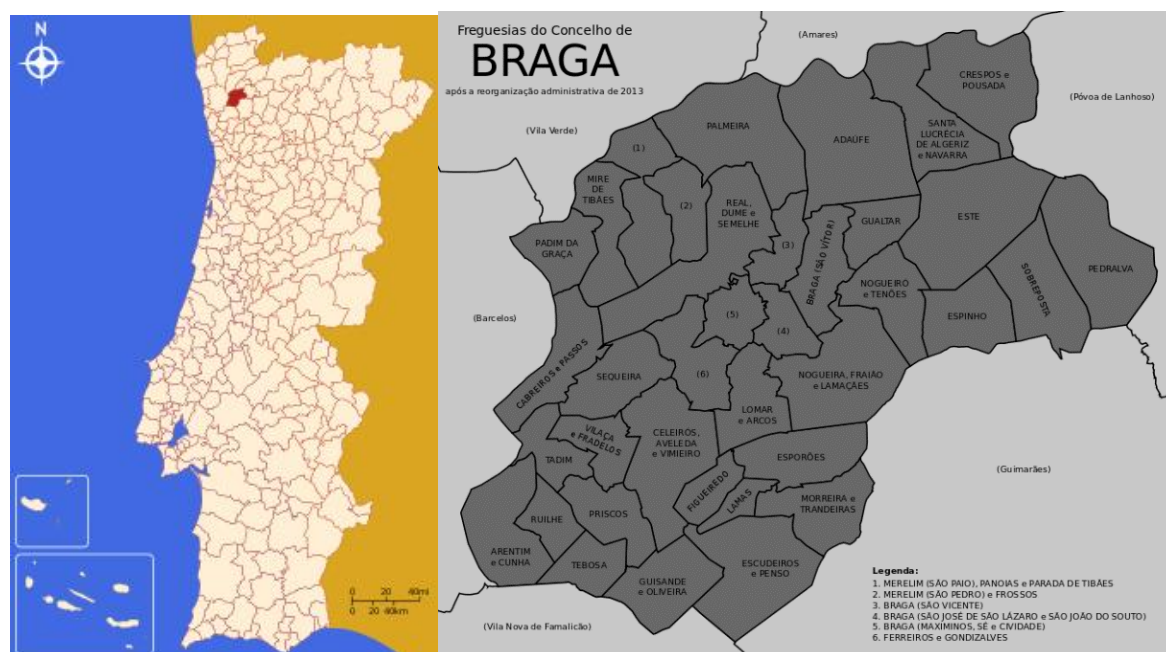
Ano	População	Ano	População
1864	317.499	1950	546.302
1878	328.134	1960	596.768
1890	340.379	1970	612.710
1900	358.183	1981	708.924
1911	383.131	1991	748.192
1920	378.145	2001	831.366
1930	414.101	2011	848.185
1940	487.674		

Fonte: INE (2011).

Observa-se que a população do Distrito de Braga vem crescendo a cada década e em nenhum momento houve decréscimo no número de habitantes, ao contrário, há um crescimento constante e progressivo.

Já como Concelho (Figura 12), Braga, que fica no Distrito de Braga e é a sua capital, possui 181.494 habitantes, distribuídos em 37 freguesias (que correspondem aos bairros brasileiros):

Figura 12 – Representação do Concelho de Braga em Portugal e suas freguesias

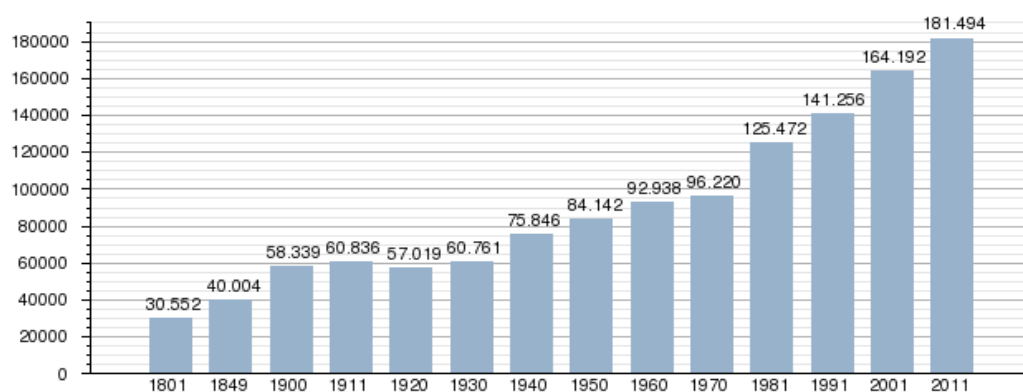


Fonte: Câmara Municipal de Braga, acesso em novembro 2016.

Na Figura 12, observa-se a localização, ao Norte, do Concelho de Braga, no território de Portugal, bem como, na figura ampliada, a divisão territorial de suas freguesias (bairros).

Na Figura 13, apresentam-se os dados referentes à evolução do número de habitantes em Braga, desde 1801 até o último censo de 2011.

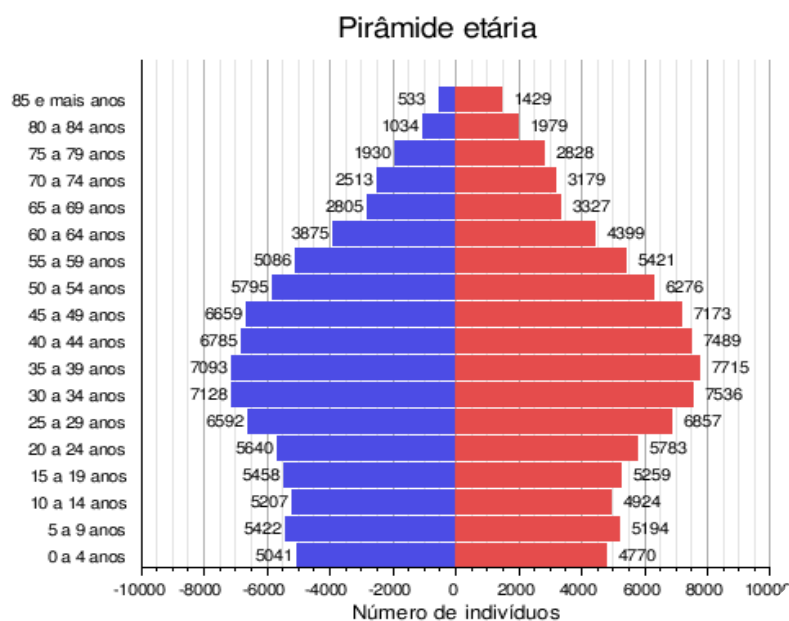
Figura 13 – Evolução do número de habitantes no Concelho de Braga de 1801 a 2011



Fonte: INE (2012).

Observa-se que, no Concelho de Braga, o crescimento de sua população foi contínuo, a não ser de 1911 para 1920, quando apresentou um pequeno decréscimo. Contudo, nas décadas seguintes, recuperou o seu crescimento populacional. Quanto à distribuição da população no Concelho de Braga, pode se observar, na Figura 14, como isso ocorreu.

Figura 14 – Pirâmide etária da população do Concelho de Braga



Fonte: INE (2012).

Segundo dados do INE (2011), a população bracarense era constituída por 78.954 indivíduos do sexo masculino e 85.238 do sexo feminino. O grupo etário de 0 aos 25 anos representava 35% da população total, enquanto 54% da população tinha entre 26 e 64 anos e o grupo etário dos idosos representava 11%.

Para Fontes (2010), o concelho cresceu 16,2% entre 1991 e 2001, tendo o maior crescimento sido registrado nas antigas freguesias suburbanas (hoje urbanas), como, por exemplo: Nogueira, 124,6%; Frossos, 68,4%; Real, 59,8%; e Lamações, 50,9%, todas próximas à Universidade do Minho. Segundo o autor, as previsões apontam que Braga será um dos concelhos com maior crescimento nos próximos anos.

Na Tabela 9, apresentam-se os dados sobre os grupos etários no município de Braga.

Tabela 9 – Número de habitantes por grupo etário no concelho de Braga

	1900	1911	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1981	1991	2001	2011
0-14 anos	19.439	20.069	18.362	22.555	26.430	28.028	34.105	36.180	39.005	33.459	30.733	29.667
15-24 anos	10.971	11.890	11.507	13.224	14.669	17.593	15.469	17.515	25.651	27.483	26.642	22.098
25-64 anos	24.518	25.409	23.989	27.006	30.471	33.254	37.430	36.010	50.973	68.016	89.053	105.835
= ou > 65 Anos	3.088	3.241	2.917	3.617	4.167	4.902	5.934	6.515	9.843	12.298	17.764	23.894

Fonte: INE (2011).

Ao focar a análise nos dois últimos censos, 2001 e 2011, observa-se que a faixa etária dos 0 aos 14 anos teve declínio, assim como a faixa entre os 15 e 24 anos, porém mais acentuado. No entanto, na faixa dos adultos e idosos, houve um crescimento em todas as fases a partir dos 25 anos, levando a crer que, assim como todas as regiões de Portugal, Braga, também apresentará, nos próximos anos, um alto índice de envelhecimento, para além do que se apresenta hoje. Essa informação estatística foi também verificada anteriormente em relação a Portugal e à região Norte, onde o número de habitantes com idades superiores a 65 anos é maior do que o número de habitantes com idades inferiores a 14 anos.

É possível notar que as tendências demográficas que caracterizam o Distrito e, também, o Concelho de Braga, são o acentuado declínio populacional na faixa de 0 aos 14 anos e o progressivo envelhecimento da população. Apesar desses fatos, o envelhecimento da população se traduz em um aumento da longevidade e da

esperança média de vida da população e na diminuição da taxa de natalidade. Embora o Concelho de Braga apresente um índice bastante promissor de jovens, em torno de 35% da população, os idosos representam 11% das pessoas que viviam no município em 2012 (INE, 2012). Portanto a população residente no concelho é predominantemente de jovens.

3.5.3 Breve histórico de Santa Maria

O município de Santa Maria-RS originou-se de um povoado formado pelos acampamentos da Comissão de Demarcação de Limites na América Meridional, criada pelo Tratado de Santo Idelfonso, em 1777, denominado Tratado Preliminar de Restituições Recíprocas, que era um convênio entre a Espanha e Portugal, cuja finalidade era a devolução de tudo que se tinha conseguido ilegalmente em guerras anteriores (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 1997).

A existência de conflitos internos entre integrantes espanhóis e portugueses levou à separação definitiva da comissão espanhola da portuguesa, em 1797. Em seguida, os integrantes da comissão portuguesa se instalaram onde hoje é a Praça Saldanha Marinho e a Rua do Acampamento, formando, nesse local, um povoado (BELÉM, 2000). Entretanto, no ano de 1801, a comissão portuguesa deixa Santa Maria e se dirige a Porto Alegre, passando a localidade a ser filial de Cachoeira.

Em 27 de julho de 1812, Santa Maria emancipou-se de Cachoeira e foi solenemente fundada, em 17 de maio de 1858, instalando-se sua primeira Câmara Municipal, que teve duração de 1858 a 1860, presidida pelo Coronel José Alves Valença (SILVA, 2014).

Em 13 de outubro de 1885, chega a Santa Maria a primeira linha férrea do município, procedente de Porto Alegre. Devido a sua localização geográfica, o município foi muito favorecido pela ferrovia e esse fato contribuiu para alavancar o desenvolvimento do município, juntamente com segmentos econômicos importantes até os dias de hoje. Até esse momento, a cidade “conservou-se acanhada e sonolenta durante a maior parte do século XIX. A chegada da ferrovia, que concretizou sua vocação de nó vital no Rio Grande do Sul, assegurou-lhe finalmente o desenvolvimento” (MARCHIORI; NOAL, 1997, p. 15).

A chegada da estrada de ferro foi considerada um acontecimento significativo, pois, além de diminuir a distância entre os núcleos urbanos de povoamento, contribuiu

para a integração de diversos municípios do Rio Grande do Sul. Em 1898, após treze anos da chegada da ferrovia a Santa Maria, a *Compagnie Auxiliare dês Chemis de Fèr Du Brèsil*, da Bélgica, toma posse da Rede Ferroviária Rio-Grandense e estabelece, no município, os seus escritórios administrativos e oficinas. Junto com a diretoria do *Compagnie Auxiliare dês Chemis de Fèr Du Brèsil* vêm famílias francesas e belgas e, com a chegada delas, foi necessária a construção do primeiro conjunto habitacional do município, entre os anos de 1901 e 1903 (FLORES, 2007; FOLETTTO, 2008; PADOIN et al., 2010). O seu projeto respeitou os moldes arquitetônicos das cidades operárias da Bélgica e da França, e, desde 1988, o conjunto habitacional faz parte do Patrimônio Histórico e Cultural do Município.

Por volta da década de 1950, Santa Maria possuía o título de Metrópole Escolar do Rio Grande do Sul, devido ao grande número de escolas da rede municipal, estadual e particular. Em 1959, a Viação Férrea passou à administração do Governo Federal, transformando-se na Rede Ferroviária Federal (RFFSA). Nesse período, deu-se o início da expansão do transporte rodoviário, ocasionando a decadência da ferrovia (RECHIA, 1999). Praticamente todo o transporte de passageiros foi desativado, permanecendo apenas o de cargas pesadas.

Na década de 1960, teve início a decadência e o abandono do transporte ferroviário, de carga e de passageiros. A falta de investimentos, de manutenção nas vias, de renovação do material, assim como a competição mais agressiva do transporte rodoviário, foram as principais causas do declínio do transporte ferroviário.

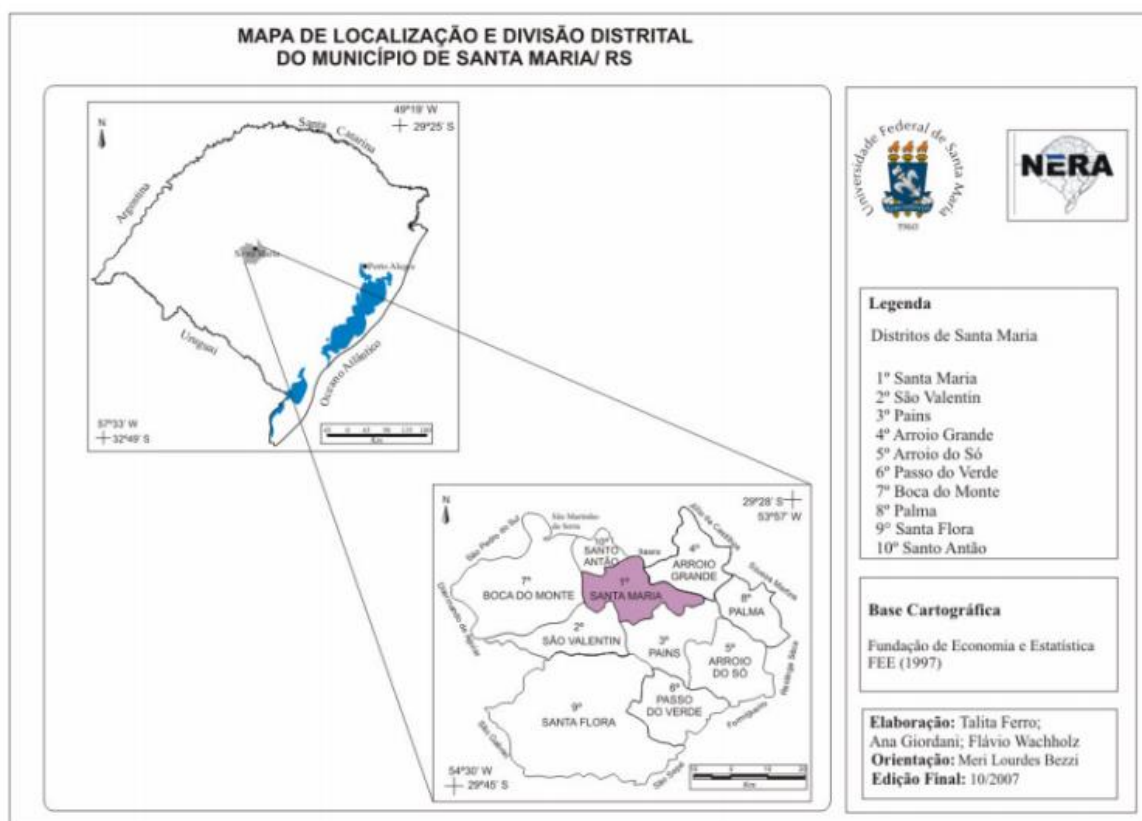
Mesmo com a extinção da malha ferroviária no município, a população continuou a crescer, acompanhando a chegada de novos empreendimentos a Santa Maria. Destacam-se a vinda da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), na década de 1960, criada pelo Decreto-Lei nº 3.843, sendo a primeira Universidade Federal estabelecida numa cidade do interior do país; a Base Aérea, na década de 1970; a introdução da 3ª Divisão do Exército e a implantação do Distrito Industrial, em meados de 1970, entre outros (RECHIA, 1999).

3.5.4 Densidade Populacional e População Residente do Município de Santa Maria

O município de Santa Maria localiza-se na porção central do estado do Rio Grande do Sul, ou seja, na Depressão Periférica sul-rio-grandense. Atualmente, o

município é dividido em 10 (dez) distritos, a saber: (1º) Sede; (2º) São Valentim; (3º) Pains; (4º) Arroio Grande; (5º) Arroio do Só; (6º) Passo do Verde; (7º) Boca do Monte; (8º) Palma; (9º) Santa Flora; e (10º) Santo Antão (ver Figura 15). O município é uma importante unidade territorial do estado do RS, e, juntamente com os estados de Santa Catarina e Paraná, formam a macrorregião Sul do Brasil, segundo o IBGE (2010).

Figura 15 – Localização do município de Santa Maria, no RS, e divisão distrital



Fonte: Núcleo de Estudos Regionais e Agrários (NERA, 2006).

A população de Santa Maria identificada no último censo de 2010 (IBGE, 2010) era de 261.031 habitantes e, destes, 248.347 eram residentes urbanos e 12.684 residentes rurais, conforme se observa na Tabela 10.

Tabela 10 – Número de habitantes no município no Censo de 2010

População	Habitantes
População total	261.031
População rural	12.684
População urbana	248.347
População feminina	137.397
População masculina	123.634
Taxa de crescimento da população (2000 – 2010)	6,7%

Fonte: IBGE (2010).

Nesse período, foram contabilizados cerca de 17.420 habitantes a mais do que no censo de 2000, em que a população era de 243.611 habitantes, representando 6,7% de taxa de crescimento populacional. Destaca-se que a população feminina se apresenta com quantidade superior à masculina, com a diferença de 13.763 mulheres a mais do que homens vivendo no município.

No entanto, na Tabela 11, é possível notar que, entre 1980 e 2010, o município de Santa Maria-RS teve sua população aumentada em 43,67%. Ainda, esse crescimento não se processou de maneira uniforme.

Tabela 11 – Dados de crescimento da população urbana, rural e total do município de Santa Maria-RS

Ano	População urbana	%	População rural	%	População total	%
1950	35.097	42,3%	47.904	57,7%	83.001	100%
1960	36.961	31,3%	85.014	69,7%	121.975	100%
1970	124.136	79,3%	32.473	20,7%	156.609	100%
1980	154.565	85,1%	27.014	14,9%	181.579	100%
1990	192.415	89,8%	21.744	10,2%	214.159	100%
2000	230.696	94,7%	12.915	5,3%	243.611	100%
2010	248.347	95,1%	12.684	4,9%	261.031	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora, a partir de dados secundários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

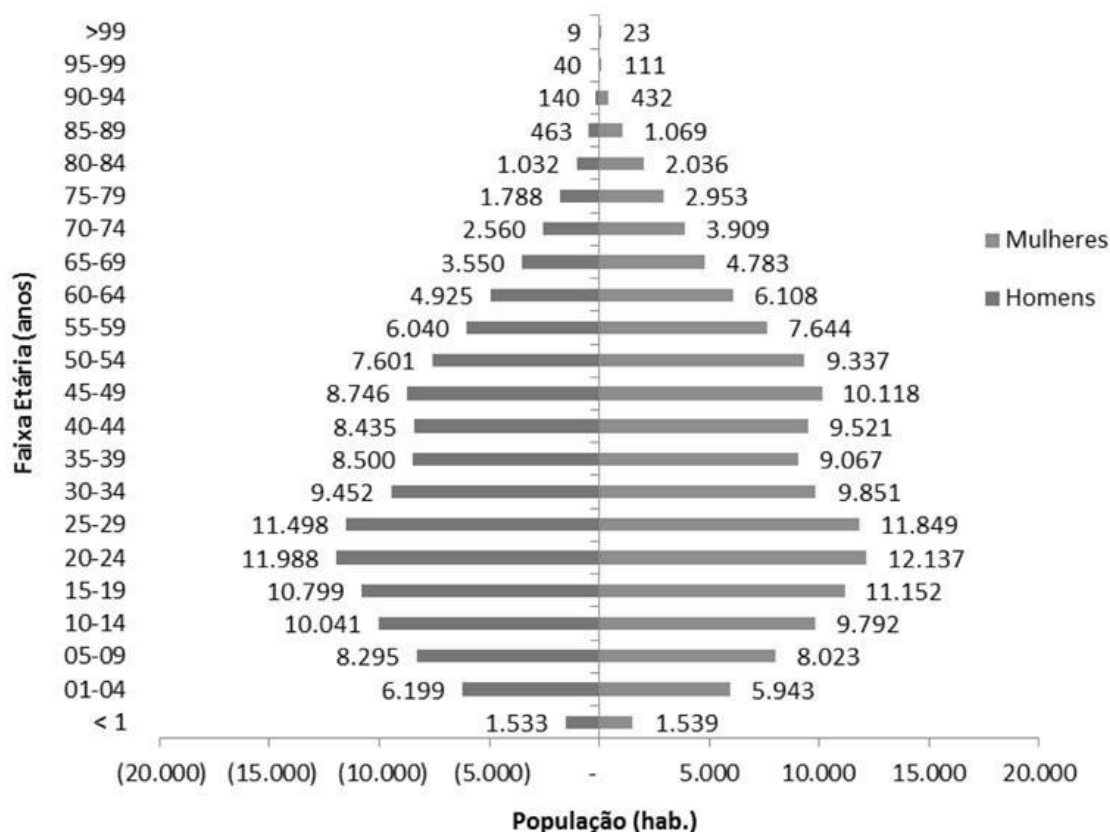
Esse aumento foi mais intenso em determinados períodos, como, por exemplo, entre 1980 e 1991, quando a população registrou um crescimento de 19,75%, e menos intenso de 2000 a 2010, quando o aumento verificado foi de 7,24%. Observa-se que, a partir do censo de 2000, o crescimento da população teve ritmo menos intenso. Do ponto de vista da distribuição espacial, a população foi classificada como urbana e rural.

Entretanto, como se nota na Tabela 11, a população urbana não era maior do que a população rural nas décadas de 1950 e 1960. Entretanto, na década de 1970, constata-se o aumento crescente da população urbana, com redução da população rural. Isso ocorre no período pós-chegada da Universidade Federal de Santa Maria e da Base Aérea, conforme registrado anteriormente.

Quando se analisa o crescimento da população urbana em relação à população rural, observa-se o crescimento acentuado a partir da década de 1970, e isso continua até o último censo de 2010.

Quanto à distribuição etária no município, observa-se, na Figura 16, a pirâmide etária:

Figura 16 – Pirâmide etária do município de Santa Maria de 2010



Fonte: Prefeitura Municipal de Santa Maria (2016).

Ao analisar a pirâmide etária de Santa Maria, percebe-se que a maioria da população se concentra nas faixas de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 25 a 29 anos. Essa concentração é esperada, pois se sabe que Santa Maria é conhecida como Cidade Universitária. A concentração populacional no meio da pirâmide, com níveis baixos populacionais na infância, indica tendência de estabilização populacional. Também se pode observar que os homens são maioria até os 14 anos de idade. A partir daí as mulheres assumem a maioria em todas as faixas etárias, e, na faixa dos 80 anos, o número de mulheres chega a ser o dobro do de homens.

Na Tabela 12, é apresentado o índice de envelhecimento no município em comparação com os de mais de 100 mil habitantes do estado do RS, bem como a taxa de crescimento.

Tabela 12 – Índice de envelhecimento e taxa de crescimento

Índice de envelhecimento em municípios do RS							
Municípios do RS com mais de 100 mil habitantes	Ranking dos municípios com mais de 100 mil habitantes		Ranking dos municípios com mais de 100 mil habitantes			Ranking dos municípios com mais de 100 mil habitantes	Taxa de crescimento no período
	1996	(1996)	2000	(2000)	2010		
Porto Alegre	30,97	1º	36,25	1º	80,44	1º	159,73%
Caxias do Sul	19,07	9º	22,44	9º	54,23	9º	184,45%
Pelotas	29,24	2º	33,45	2º	76,48	2º	161,61%
Canoas	17,98	10º	21,03	10º	50,83	11º	182,65%
Santa Maria	24,87	5º	30,31	5º	69,97	4º	181,30%
Gravataí	14,04	16º	16,79	16º	45,91	14º	227,01%
Viamão	16,51	12º	18,69	12º	46,6	13º	182,27%
Novo Hamburgo	16,22	13º	19,23	11º	51,95	10º	220,25%
São Leopoldo	15,21	14º	18,34	13º	45,71	15º	200,47%
Rio Grande	27,15	4º	30,68	4º	65,03	7º	139,54%
Alvorada	10,86	18º	12,35	18º	34,27	18º	215,53%
Passo Fundo	19,23	8º	22,98	8º	54,91	8º	185,54%
Sapucaia Sul	13,81	17º	16,12	17º	45,42	16º	228,93%
Uruguaiana	16,9	11º	18,34	14º	41,93	17º	148,06%
Santa Cruz Sul	24,87	6º	29,33	6º	68,92	5º	177,06%
Cachoeirinha	14,34	15º	17,32	15º	49,13	12º	242,57%
Bagé	27,17	3º	31,41	3º	67,38	6º	147,99%
Bento Gonçalves	23,24	7º	27,67	7º	70,54	3º	203,47%
Média	20,09	-	23,49	-	56,65	-	181,91%
Rio Grande do Sul	23,51	-	19,73	-	44,61	-	89,73%

Fonte: Prefeitura Municipal de Santa Maria (2016).

Verifica-se que o índice de envelhecimento do município de Santa Maria está acima da média dos municípios selecionados nos três anos analisados. Porém, em relação à taxa de crescimento desse período, o município encontra-se abaixo da média. O município de Santa Maria é o 4º com o índice de envelhecimento mais alto em 2010 e o 5º do estado em 1996 e 2000.

O indicador de expectativa de vida ao nascer mede o número médio de anos que um grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano pode esperar viver. A expectativa de vida ao nascer no município de Santa Maria em 2000 era de 74,01 e, em 2010, de 75,59. Em uma década, houve um significativo aumento na média da expectativa de vida dos munícipes de Santa Maria. Em 2014, a média de expectativa de vida do brasileiro era de 75,2 e dos gaúchos de 77,2 (IBGE, 2016).

No entanto, a população de idosos em Santa Maria, é bastante significativa, conforme pode ser observado na Tabela 13.

Tabela 13 – Número de residentes idosos em Santa Maria

Idade	Variável	
	População residente	População residente (percentual %)
Total	261.031	100,00
60 a 69 anos	19.366	7,42
70 a 74 anos	6.469	2,48
75 a 79 anos	4.741	1,82
80 a 89 anos	4.600	1,76
90 a 99 anos	723	0,28
100 anos ou mais	32	0,01
Total	35.931	13,77

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Em relação aos dados do Brasil, a população total no censo 2000 representava 169.799.170 habitantes, sendo 14.536.029 (8,57%) idosos. Em 2010, o censo apontou o aumento da população total e da população idosa, respectivamente, como de 190.755.799 habitantes e 20.590.597 (10,78%) de idosos, o que equivale a um acréscimo de 2,2% (IBGE, 2010).

Em 2000, o Rio Grande do Sul possuía uma população de 10.187.798, sendo 1.065.484 (10,45%) pessoas com 60 anos ou mais. No censo de 2010, a população idosa do estado representou 13,65%, 1.459.597 habitantes da população total, de 10.693.929 habitantes (IBGE, 2010). Portanto, Santa Maria tem um percentual de idosos, em sua população, maior que o Brasil e que o estado do Rio Grande do Sul.

Notas conclusivas

A especificidade da dinâmica populacional tanto do Distrito e do Concelho de Braga como do município de Santa Maria-RS está associada ao processo histórico de ocupação de seus respectivos territórios, conforme descrito neste capítulo. Os dados analisados nos últimos censos dos dois países demonstram um crescimento da população de idosos em ambas as regiões investigadas. A necessidade de gerir ações que visem a qualificar tanto o espaço urbano quanto o rural é imperativa, de modo a atender às demandas populacionais atuais e das futuras gerações.

Ao finalizar este capítulo, pode-se observar que, apesar das diferentes formas de se organizarem os censos demográficos nos países em estudo, ambos

demonstram que o envelhecimento é uma realidade e com a tendência de alcançar índices cada vez maiores nas próximas décadas.

Envelhecer foi uma grande conquista da sociedade europeia e também da América do Sul. Entretanto o aumento da duração média de vida para limites considerados inalcançáveis há algumas décadas apresenta-se, hoje, associado às emergências que põem em risco o modo de funcionamento das sociedades modernas (OEPPEN; VAUPEL, 2002). Fortemente ligado à desaceleração do crescimento demográfico, o processo de envelhecimento da população tende a ser associado à fragilização da economia, à limitação da capacidade de empreender e inovar, ao agravamento dos custos indiretos do trabalho e das despesas com os cuidados de saúde (ROSA, 2012).

Essas são algumas das grandes preocupações com que se debatem, na atualidade, os Estados e as comunidades científicas quando se confrontam com o fenômeno do denominado envelhecimento demográfico. No entanto, há necessidade de uma busca de alternativas positivas para o envelhecimento, para que a cultura do “peso” para a sociedade se transforme em contributo e ação dos idosos. O conhecimento dos aspectos demográficos permite avaliar, além das necessidades, as demandas presentes e futuras de recursos de toda natureza. O conjunto de informações e indicadores gerado pelos estudos demográficos tem especial relevância para a análise das condições de vida da população, acompanhamento e apoio à decisão com relação às políticas públicas, investimentos em saúde e intervenções específicas em áreas críticas.

Portanto, os dados aqui apresentados remetem a pensar sobre os impactos desse aumento da longevidade e do número de idosos na melhoria e na oferta de cuidados em saúde para a população que envelhece e também a respeito da sustentação econômica dos serviços ofertados. Por tratar-se de uma realidade já vivida por Portugal, a organização e o direcionamento das ações já estão se colocando em evidência. No Brasil, há muito por se fazer e construir no sentido de que as mudanças venham ao encontro da necessidade de cuidados em saúde dos idosos e toda a dimensão que isso signifique.

No próximo capítulo, se descrevem os caminhos metodológicos traçados pela pesquisadora para o alcance dos objetivos desta tese.

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Este capítulo constitui-se na apresentação das principais técnicas utilizadas para o recolhimento das informações, bem como sobre o tratamento adequado dos dados levantados para alcançar os objetivos estabelecidos nesta pesquisa. Inicia-se com os detalhes dos locais da pesquisa, da forma como foram tratados os aspectos éticos para a abordagem dos entrevistados, as limitações e suas delimitações. Descrevem-se como foram tratados os dados secundários e primários do estudo, apresentando a caracterização sumária dos atores participantes, como ocorreram os pré-testes das entrevistas e finalizando com a análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

4.1 Marco teórico-metodológico

Os modos e as condições de produzir e interpretar sentido, ou seja, a significação, para os sujeitos, de sua participação como ator social no processo político – na linguagem verbal ou não verbal – configura-se como uma realidade que não convém ser apenas quantificada, para que não se deixe influenciar por análises que as limitam, segmentam e classificam, e, portanto, reduzem as expressões dos atores sociais relacionados nesta pesquisa. Entende-se que eles são pertinentes para um território com aspectos culturais específicos e que seu saber e seu pertencimento a esse território são ímpares e singulares para cada sujeito, e assim devem ser entendidos.

Sabe-se da importância do pesquisador em escolher o aporte teórico metodológico para melhor responder a suas questões de pesquisa, auxiliando-o nas interpretações sobre os fatos. Os fatos, quando confrontados com a realidade, devem reproduzi-la o mais próximo possível da verdade. Assim, a busca do empírico e do abstrato pode ser interpretada como um processo coerente e racional, apoiado nos referenciais metodológicos que auxiliaram na interpretação dos dados extraídos da pesquisa (VASCONCELLOS, 2002).

Partiu-se do princípio de que cultura é uma rede vivida de práticas e relações que constituem a vida cotidiana, na qual o papel do indivíduo está em primeiro plano, com o enfrentamento de modos de vida distintos entre si (COSTA; SILVEIRA; SOMMER, 2003). Entendeu-se que o termo “participação política” pode ser

considerado como uma das categorias que também são pertinentes às formas de como uma sociedade se organiza nesse propósito, através de sua história, economia, política e cultura.

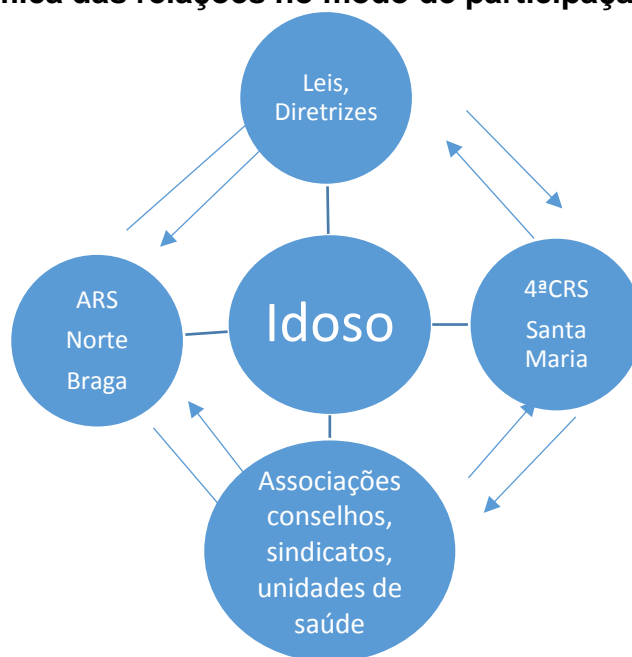
Thompson (2001, p. 261) explica que a cultura se insere nos contextos do modo de vida das pessoas e se reflete nas normas e condutas da sociedade:

[...] há um sem número de contextos em que homens e mulheres, ao se confrontarem com as necessidades de sua existência, formulam seus próprios valores e criam sua cultura própria, intrínsecos ao seu modo de vida. Nesses contextos, não se pode conceber o ser social à parte da consciência social e das normas. Não há sentido algum em atribuir o prevalecimento de um sobre outro.

Nessa perspectiva, foram estudados estruturas e processos pelos quais os discursos e os documentos sustentam e reproduzem as relações sociais e culturais. Todavia, isso não se produziu automaticamente, mas adequando-se continuamente às tensões e às controvérsias que emergem da sociedade, compreendendo-as e integrando-as ao próprio sistema cultural. A análise documental foi de fundamental importância e prioritária. “A análise documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipótese de interesse” (FLICK, 2009, p. 231). Para Lankshear e Knobel (2008), a pesquisa baseada em documentos pode identificar ou construir os significados e as interpretações.

Pelo estudo sobre a compreensão dessa dimensão, pode-se identificar, nos discursos dos atores, como se configura o cenário político de ambos os países, suas formas representativas (conselhos, organizações, associações, sindicatos, unidades de saúde), perfis institucionais e gerenciais (ARS/Norte e 4ª CRS/RS), por normas e representações próprias ao setor (leis e diretrizes normativas), mas, sobretudo, do ator principal desse processo, o idoso (ver Figura 17).

Figura 17 – Dinâmica das relações no modo de participação política do idoso



Fonte: Elaborado pela autora, a partir do conhecimento da dinâmica das relações entre os idosos e a sociedade civil na construção das políticas públicas de saúde, 2016.

O idoso é o ator principal na avaliação da dinâmica sobre a participação que se propõe nesta tese. As regionalizações de saúde são os destaques deste estudo, sendo os municípios de Braga e Santa Maria os locais do estudo. Os espaços organizados da sociedade civil se constituíram em locais potencializadores para a participação, como associações, conselhos, sindicatos e unidades de saúde, que foram a base de busca e pesquisa pelos idosos. As leis e diretrizes de ambos os países também se constituíram na abordagem da pesquisa, com importantes apontamentos revelados na perspectiva do que se espera que sejam as diversas formas de participação na sociedade.

Identificar quais são esses fatores – que se traduzem como práticas sociais e se revelam na categoria da participação política dos idosos na implantação de políticas públicas de saúde nas instâncias públicas, e que podem direcionar as decisões políticas governamentais – foi a principal questão que se quis conhecer nesta pesquisa. Não há dúvidas de que essas categorias estão inteiramente interligadas e intensamente relacionadas às práticas de poder, de onde advém a ideia de politização do conceito de controle social, a da concepção de Estado, cultura, ideologias, valores, enfim, de subjetividades que, por sua vez, se expressam na ação humana.

A pesquisa foi dividida em duas fases: a) fase I: análise documental das leis governamentais, decretos e diretrizes sobre o envelhecimento, propostas pelos países de Portugal e Brasil, norteadas pelo Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento no que diz respeito à categoria *a priori*, a participação; b) fase II: entrevistas semiestruturadas por pautas, com os atores sociais envolvidos nos processos de implantação das políticas públicas de saúde para os idosos, e participantes políticos desse processo nas associações, sindicatos, organizações e Conselhos de Saúde e do Idoso, e os gestores de políticas em ambos os países.

Não é objeto de estudo desta tese comparar realidades distintas, mas sim descrevê-las sob o ponto de vista da materialização das políticas públicas de saúde, bem como a participação política dos idosos em cada realidade, a partir das diretrizes de um plano orientado internacionalmente.

A investigação ocorreu em dois territórios diferentes e em momentos distintos. O primeiro, transcorrido no município de Braga e na Administração Regional de Saúde Norte, aplicada durante o ano de 2015, de fevereiro a setembro, e o segundo no município de Santa Maria, na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, aplicada no ano de 2016, de janeiro a agosto.

4.2 Aspectos éticos, delimitações e limitações do estudo

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, a pesquisa segue a normatização prescrita pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Assim, todos os sujeitos foram informados sobre os objetivos e as implicações do método de coleta de dados, com a possibilidade de desistirem da participação se assim o desejassem. Da mesma forma, assegurou-se a possibilidade de conhecerem o conteúdo do estudo em qualquer fase do seu desenvolvimento e tiveram ciência sobre a intenção da autora em publicar os resultados da pesquisa em periódicos ou eventos científicos da área da saúde, preservando o anonimato dos envolvidos no estudo, não havendo, então, nenhum risco de prejuízo físico, social, moral e psicológico aos envolvidos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da UNISC, sob o nº CAEE 206.175.15. A coleta de dados iniciou-se após os sujeitos pesquisados terem acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e aceitarem participar da pesquisa. Esse termo foi

emitido em duas vias, as quais foram assinadas pelo pesquisado, ficando uma para ele e outra para o pesquisador, em ambos os países.

Salienta-se que, apesar das limitações em termo de amostra, elas decorreram essencialmente da estratégia de amostragem intencional, que foi representativa dos sujeitos da pesquisa e visou acentuar a diversidade em aspectos importantes pela variabilidade de experiências, circunstâncias e características relevante para o tema. Destaca-se que a amostra intencional tentou equilibrar-se quanto à proporcionalidade de participantes de ambos os gêneros e em número de participantes aproximado nos dois países, respeitando as formas de organização política e dos equipamentos de saúde em Portugal e no Brasil.

Outras limitações observadas foram as dificuldades de comunicação, por vezes observadas no momento de algumas entrevistas, a saber: dificuldades de audição, diferenças de vocabulário e de compreensão da palavra dita e ouvida, não só em Portugal, mas também no Brasil.

Algumas palavras específicas do roteiro fizeram-se sentir mais fortemente, quer por tratarem de temas porventura menos familiares aos participantes, como questões de participação e conhecimento das políticas, ou, ainda, sobre a agenda política. Mesmo tendo ocorrido o pré-teste para todos os grupos de entrevistados, essas dificuldades vernáculas e o esforço de reformulação das perguntas a que a entrevistadora frequentemente se viu obrigada podem ter acentuado a heterogeneidade na interpretação das questões entre alguns dos entrevistados.

Creswell (2003) enumera questões éticas a serem consideradas em associação com várias componentes do processo de pesquisa, com destaque para a própria formulação do problema, do propósito e das questões da investigação, a recolha de dados, a sua análise e interpretação e, finalmente a disseminação de resultados. No que se refere a este estudo, pode-se salientar que não se espera que ele possa ser, em termos de problema, de algum modo prejudicial para os participantes ou “desempoderador”, já que visa, pelo contrário, valorizar as suas percepções sobre o tema em análise. Por outro lado, se espera ter transmitido o essencial da informação pertinente para um correto entendimento dos objetivos e da utilização dos resultados obtidos.

No caso dos contatos por via institucional, o acesso foi formalmente solicitado junto às respectivas direções, reforçando-se não ser exercida qualquer pressão sobre os usuários para a participação na pesquisa. Quanto aos dados recolhidos, não foram

compartilhados os conteúdos das entrevistas com os profissionais das instituições em que as entrevistas ocorreram.

Uma potencial fragilidade ética reside na integral preservação do anonimato dos entrevistados em face da disseminação mais ampla dos resultados: de fato, na análise e apresentação deles, procurou-se um equilíbrio, nem sempre fácil, entre o detalhe necessário e a riqueza da exposição e o risco de, pela conjugação de informações, ser possível (em especial a quem serviu de intermediação no estabelecer dos contatos) identificar o entrevistado em causa.

No caso dos gestores, por exercerem cargos próprios e únicos, a exposição relacionada com as posições que ocupam pode reforçar essa fragilidade ética dada a necessidade de caracterizar a amostra. No entanto, os participantes disseram estar confortáveis com a exposição, conforme a concordância expressa no termo de consentimento assinado por eles.

4.3 As fontes de informação

Foram utilizadas fontes secundárias e fontes primárias para responder às questões norteadoras da pesquisa e alcançar os objetivos delineados no projeto. Dessa forma, o trabalho de recolhimento das informações, ao nível de fontes secundárias, os documentos, e fontes primárias, as entrevistas, encontram-se esquematizados nas Figuras 18, 19 e 20.

Em Portugal, os locais e sujeitos foram indicados pelas docentes responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa no país, facilitando a aproximação da pesquisadora com o contexto cultural, na interlocução com os gestores locais e os idosos vinculados às instituições pesquisadas. No Brasil, o levantamento dos participantes para a pesquisa foi empírico, por busca ativa no Conselho Municipal do Idoso de Santa Maria (COMID), e no Núcleo Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade (NIEATI), da Universidade de Santa Maria, na indicação das associações de idosos da região.

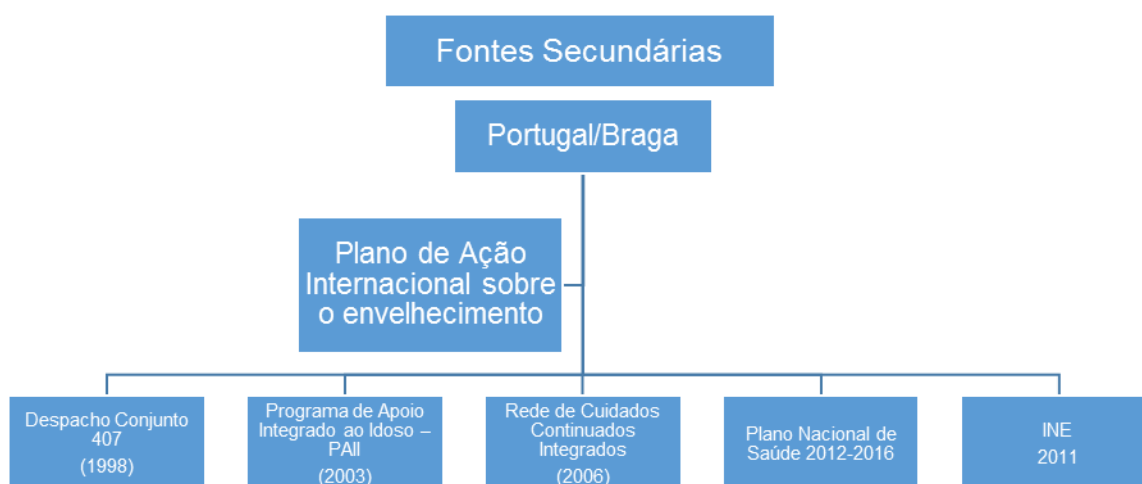
4.4 Fontes secundárias

As fontes secundárias utilizadas foram, principalmente, dados estatísticos censitários e organismos oficiais, tais como: Instituto Nacional de Estatística (INE,

2015), Censo (INE, 2011), Direção Geral do Ministério da Saúde, Câmara Municipal de Braga, Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

A análise documental foi de fundamental importância e prioritária, pois possibilitou identificar, nos documentos, se houve congruências ou incongruências com as diretrizes da ONU contidas no Plano de Ação Internacional do Envelhecimento. O uso de documentos possibilitou ampliar o entendimento dos objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. Dessa forma, pode contribuir para identificar e construir os significados e as interpretações que cada país tem sobre participação política e outras formas de participação.

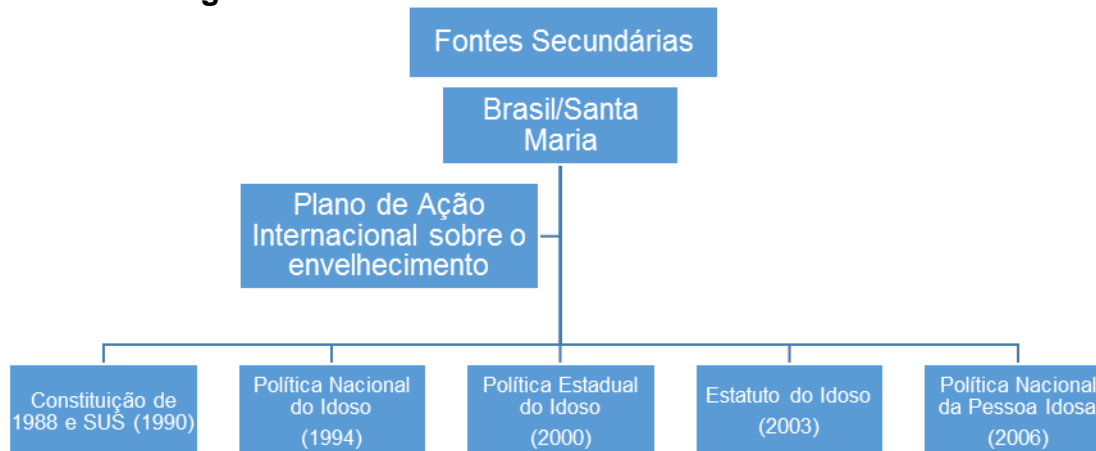
Figura 18 – Fontes secundárias utilizadas em Portugal



Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos documentos encontrados em Portugal, 2016.

Em Portugal, foram recolhidos os seguintes documentos portugueses: Constituição Portuguesa (2001), Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Programa de Apoio Integrado ao Idoso (PAII, 2003), Rede de Cuidados Continuados (RCCI, 2006) e os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística.

Na Figura 19, apresentam-se os dados secundários levantados no Brasil como fonte de informação para a pesquisa:

Figura 19 – Fontes secundárias utilizadas no Brasil

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos documentos encontrados no Brasil, 2016.

Nas fontes secundárias, os elementos contemplados foram os Recenseamentos Gerais da População portuguesa e brasileira, respectivamente, no Censo (INE, 2011) e no IBGE (2010), e, como eixo central da pesquisa, o documento internacional, o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento. No Brasil: Constituição Brasileira (1998), Sistema Único de Saúde (1990), Política Nacional do Idoso (PNI) (BRASIL, 1994), Política Estadual do Idoso (BRASIL, 2000), Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

No que se refere às fontes secundárias usadas, elas se revelaram necessárias sobretudo para a caracterização dos municípios de Braga e de Santa Maria e para a compreensão das políticas de saúde do idoso no contexto das políticas nacional, regional e municipal de cada país, mas, sobretudo para a identificação da categoria *a priori* da participação, de que forma ela se constituiu e se apresenta nos referidos documentos.

4.4.1 Os documentos

Os documentos analisados nesta pesquisa tiveram como marco temporal e norteador o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Baseia-se nas diretrizes apontadas no Capítulo da “Orientação Prioritária I: Pessoas idosas e o desenvolvimento – Participação de idosos nos processos de tomada de decisões em todos os níveis” – e a “Prioridade II”, que se refere à promoção da saúde e do bem-estar na velhice.

Nessa perspectiva, foi essencial uma divisão temporal entre o antes, o durante e o depois da implantação de políticas públicas de saúde dos idosos, tanto em Portugal como no Brasil. O recorte temporal estabelecido para a pesquisa é a partir do ano de 2002, quando foi instituído pela ONU, em Madrid (2002), nas categorias da participação política dos idosos e saúde e bem-estar do referido Plano.

4.4.2 Organização dos documentos coletados

Realizou-se uma primeira organização do material, quando se tornou indispensável olhar para o conjunto de documentos de forma analítica, buscando averiguar, de acordo com o objetivo, como investigar a participação política dos idosos nos processos de implantação das políticas de saúde em ambos os países.

Todos os documentos foram arquivados em pastas, ao mesmo tempo em que se prosseguiu à coleta. O critério estabelecido para a organização foi a fonte documental, a temporalidade dos documentos publicados e a origem da publicação. As leituras e os fichamentos tiveram papel central nessa fase. Para cada documento, foi criada uma ficha de leitura contendo resumo, referência bibliográfica da publicação, além de algumas transcrições de trechos que poderiam ser utilizados posteriormente.

Dessas ações resultaram quatro quadros. O primeiro deles sintetiza o material obtido sobre os documentos internacionais publicados anteriormente ao Plano, em 2002; o segundo contém os documentos internacionais publicados depois de 2002; no terceiro quadro, os documentos levantados em Portugal, e, no quarto, os elencados no Brasil.

De certa forma, esses quadros se constituíram em um banco de dados de informações, cuja vantagem consistiu em poder relacioná-las, sem perder de vista a contextualização de categoria *a priori* da participação e seguindo a cronologia das publicações. Destacou-se a Unidade de Análise que continha informações sobre a participação nos referidos documentos.

No Quadro 6, são apresentadas as políticas, os programas e as ações que norteiam as políticas sobre o envelhecimento, na escala internacional, antes de 2002.

Quadro 6 – Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento de abrangência internacional anterior a 2002

Instrumentos	Ano	Pontos relevantes	Caracterização da participação	Unidade de análise
Assembleia sobre Envelhecimento de Viena	1982	Recomendações para os estados membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação.	Saúde e alimentação Cap. 9. Estímulo e participação dos anciãos no desenvolvimento dos cuidados de saúde	Participação nos cuidados de saúde
Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento	1986	O Direito ao Desenvolvimento é reconhecido como um direito humano fundamental e indispensável, assim, reconhece-o como um direito à igualdade para as pessoas e nações.	Artigo 8 2. Os Estados devem encorajar a participação popular em todas as esferas, como um fator importante no desenvolvimento e na plena realização de todos os direitos humanos.	Participação política
Princípio das Nações Unidas em favor das Pessoas Idosas	1991	Princípios relativos aos direitos humanos: independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade.	Participação – entende-se que as pessoas idosas deveriam participar ativamente na formulação e na aplicação das políticas que afetem diretamente o seu bem-estar. [...] como formar movimentos ou associações.	Participação política

Fonte: Dados elaborados pela autora, baseados nos documentos da ONU, 2016.

Entre a I e a II Assembleias transcorreram-se 20 anos, com mudanças profundas nos planos econômicos, sociais e políticos dos países. A partir do Plano de Ação Internacional para o envelhecimento, em Madrid, no ano de 2002, são enfocadas diretrizes e ações mais específicas para os idosos dos países em desenvolvimento (Quadro 7). Propõe-se a discussão de questões do envelhecimento nas instâncias regionais da América Latina, estimulando os países a constituírem uma agenda política que contemple as questões relacionadas com a proteção social das pessoas idosas.

Quadro 7 – Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento de abrangência internacional a partir de 2002

Instrumentos	Ano	Instituição	Pontos relevantes	Caracterização da participação	Unidade de análise
Assembleia de Madrid, Plano de Ação Internacional	2002	ONU	Adotadas medidas em todos os âmbitos, nacional	Orientação prioritária I: Pessoas idosas e o desenvolvimento	Participação política;

sobre o Envelhecimento			e internacional, e em três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e criação de um ambiente propício e favorável.	Objetivo 2: Participação de idosos nos processos de tomada de decisões em todos os níveis. Orientação prioritária II: Promoção da saúde e bem-estar na velhice. Objetivo 4: Participação de idosos no desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de atenção primária de saúde e atendimento em longo prazo. Empoderamento feminino.	Participação social e comunitária Participação avaliativa Participação feminina
Política do Envelhecimento Ativo	2005	OMS	Pilares básicos: saúde, participação e segurança.	Participação social é um dos três pilares: participação, saúde e segurança. Incentivo à participação política, comunitária e avaliativa. Empoderamento feminino.	Participação política; Participação social e comunitária; Participação avaliativa; Participação feminina.

Fonte: Dados elaborados pela autora, baseados em documentos da ONU e OMS, 2016.

A Política do Envelhecimento Ativo (OMS, 2005) objetiva, primordialmente, aumentar a qualidade de vida dos indivíduos que envelhecem, incluindo aqueles que possuem incapacidades e requerem auxílio para realizar suas atividades cotidianas; foi criada para cooperar com o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento.

No Quadro 8, são apresentadas as políticas, os programas e as ações que norteiam o envelhecimento em Portugal.

Quadro 8 – Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento em Portugal

Instrumentos	Ano	Pontos relevantes	Caracterização da Participação	Unidade de análise
Despacho-conjunto nº 407	1998	Instaura os programas de cuidados continuados a	Nada consta sobre participação	-

		peças com dependência.		
Constituição Portuguesa (texto atual.) – Cap. Saúde	2001	Garante a todos os cidadãos direito à saúde e à participação.	Artigo 64º - Saúde Cap. 4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e <i>participada</i> .	Participação avaliativa
Programa de Apoio Integrado ao Idoso (PAII)	2003	Lei voltada especificamente aos idosos, com garantia de atendimento em todos os níveis de atenção em saúde.	Artigo 5º - Cuidados Cap. 3. Participação dos familiares e utentes nas avaliações dos serviços prestados.	Participação avaliativa
Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI)	2006	Garante, às pessoas com dependência, atenção integrada em saúde em todos os níveis.	Artigo 10º Promoção e garantia da qualidade da prestação de cuidados de saúde, “[...] garantam a participação dos familiares ou conviventes directos do utilizador, sempre que seja da vontade deste”.	Participação avaliativa
Plano Nacional de Saúde 2012-2016	2012	Legitima a participação das pessoas na construção da saúde, destacando o papel de cidadania nesse processo.	3.1. Cidadania em saúde 1. Representação e participação do cidadão e da comunidade em estruturas de governação. Em organizações de representação de interesses na saúde, sejam associações de doentes ou de utentes.	Participação política Participação social e comunitária

Fonte: Dados elaborados pela autora, a partir dos documentos publicados em Portugal, 2015.

Em Portugal, destaca-se a categoria participação avaliativa, presente em todos os documentos. Ademais, a categoria da participação política e participações sociais e comunitárias encontra-se apenas no documento do Plano Nacional de Saúde de 2012 a 2016. Os documentos demonstram que o país busca enfatizar, em suas legislações, a importância da participação avaliativa dos usuários em saúde.

No Quadro 9, são apresentadas as políticas, os programas e as ações que norteiam as questões do envelhecimento no Brasil.

Quadro 9 – Políticas, programas e ações/orientações norteadoras para o envelhecimento no Brasil

Instrumentos	Ano	Pontos relevantes	Caracterização da participação	Unidade de análise
--------------	-----	-------------------	--------------------------------	--------------------

Constituição Federal Brasileira	1988	Garante aos idosos o direito à vida, à igualdade, à cidadania, à dignidade humana, à previdência social e à assistência social, bem como a participação política.	Seção II – Da Saúde III – participação da comunidade. Capítulo VII – Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso Art. 230. [...] assegurando sua participação na comunidade e na política.	Participação social e comunitária. Participação política.
Sistema Único de Saúde	1990	Garante o acesso à saúde de toda a população brasileira	Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes VIII – participação da comunidade.	Participação social e comunitária
Lei 10. 741 Estatuto do Idoso	2003	Lei voltada especificamente para os idosos, com medidas que visam proporcionar seu bem-estar.	Capítulo II -Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade V – participação na vida familiar e comunitária; VI – participação na vida política, na forma da lei.	Participação social e comunitária. Participação política
Política Nacional de Saúde do Idoso	2006	Lei específica para os cuidados de saúde dos idosos	3.5 Diretriz - Deve-se estimular a participação dos idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas.	Participação política
Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa	2006	Lei do Estado do Rio Grande do Sul sobre a Política de saúde integral à pessoa idosa.	2.4 Diretrizes/Eixos Estímulo à participação e fortalecimento do controle social 2.6 Desenvolvimento das ações na implementação da política Sensibilização e estímulo à participação dos idosos como protagonistas do movimento social na garantia de seus direitos; 2.9 Participação e movimento social Participação integral dos idosos na vida familiar e comunitária, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais.	Participação política Participação social e comunitária

Fonte: Dados elaborados pela autora, a partir dos documentos publicados no Brasil, 2016.

No Brasil, a ênfase para a participação política está presente em quase todos os documentos, não se evidenciando na regulamentação do SUS. Há destaques para a participação social e comunitária, mas não à participação avaliativa dos serviços ofertados à população idosa.

Portanto, tal organização dos documentos de ambos os países permitiu identificar quatro circunstâncias distintas sobre participação: a) participação política; b) participação social/comunitária; c) participação avaliativa; e d) participação feminina. Essas unidades de análise são discutidas no capítulo de análise dos dados.

4.4.3 Fontes primárias

Em estudos qualitativos desta natureza, a questão da representatividade da amostra não se utiliza no sentido estatístico, conforme salientam Creswell (2003) e Minayo (2010), sendo critério de qualidade a sua adequação aos objetivos da investigação. Nesse tipo de amostra não probabilística e intencional, a seleção dos participantes atendeu ao que se consideraram características importantes para a pesquisa, ou seja, as variáveis a que Creswell (2003) denomina de estratégicas ligadas especificamente ao tema e clássicas, como idade, sexo e escolaridade, que se antecipam por poderem explicar as reações diversas face às questões abordadas na pesquisa. Essas variáveis são usadas como critério de diversificação da amostra, que deverá ter como regra a heterogeneidade quanto a essas características. A dimensão da amostra foi definida em função de dois critérios: o de assegurar, à população idosa, a necessária igualdade de participação entre os gêneros, e, aos gestores, que fossem representantes de entidades promotoras de ações com idosos em ambos os países.

Utilizaram-se como recurso de investigação as entrevistas semiestruturadas por pauta que, segundo Gressler (2004), exploram, no decorrer da entrevista, os pontos, ou pautas, que são ordenados e devem ter relação entre si. As pautas organizadas para esse levantamento de dados foram baseadas na leitura do documento da ONU, do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento e demais documentos sobre políticas para o envelhecimento dos dois países.

Foram realizadas poucas perguntas diretas, tendo sido permitido ao entrevistado falar livremente enquanto se referia às pautas assinaladas. Utilizou-se a mesma entrevista aos atores sociais de ambos os países, assim como realizado pré-teste como forma de aproximar a qualidade e compreensão dos temas aos atores pesquisados.

4.4.4 Pré-teste das entrevistas

A realização do pré-teste corresponde ao ensaio da entrevista e tem como objetivos testar o número e a pertinência dos temas usados no roteiro. Deve ser

realizada com pessoas que não pertencem ao universo do qual se vai retirar a amostra, mas que têm características similares às que farão parte dela (REMOALDO, 2007).

Com base nesse pressuposto, foi realizado um pré-teste em Braga, dirigido a oito idosos residentes no município e que foram escolhidos aleatoriamente durante seus passeios na Praça Central do município, bem como cinco pessoas com curso superior e que estão envolvidos com as questões do idoso, no período de 10 de março a 12 abril de 2015. Em Santa Maria, o pré-teste foi aplicado a sete idosos residentes no município e que também estavam passeando pela Praça Central do município, além de cinco pessoas com curso superior e que tem envolvimento com as questões dos idosos, no período de 4 a 28 de abril de 2016.

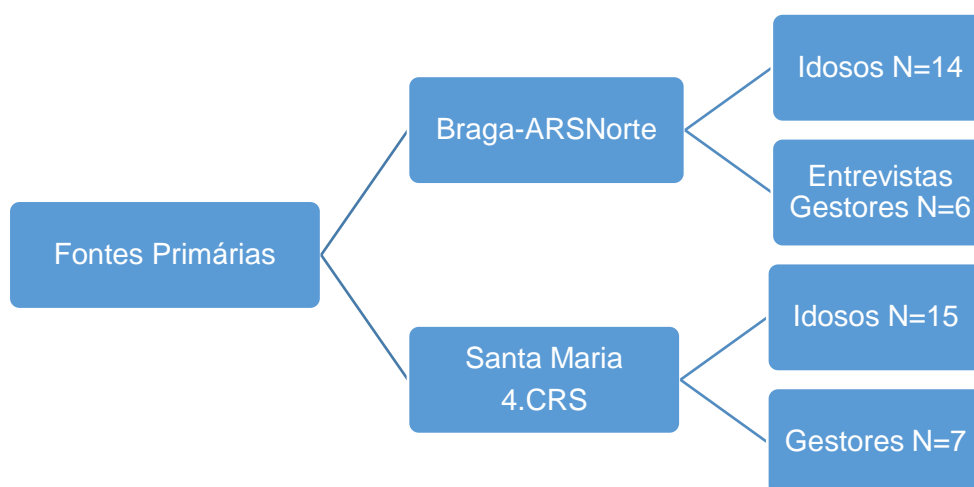
Não obstante, os inquiridos responderam que concordavam com a entrevista para os gestores. Entretanto, a entrevista para os idosos teve de ser adaptada para uma linguagem mais acessível culturalmente a aqueles residentes nos locais onde foram entrevistados.

4.4.5 As entrevistas com idosos e gestores portugueses e brasileiros

Diante da inexistência, em ambos os países, de instrumentos de coleta de dados adequados para avaliar a dinâmica cultural nos pequenos núcleos urbanos, colocou-se o desafio de construir-se um roteiro de entrevista que mais bem identificasse o problema em estudo e que se adequasse aos atores selecionados da amostra. Compreende-se, logo, que construir um instrumento para tal coleta tem vantagens (ser fiel ao estudo), mas, ao mesmo tempo, desvantagens (não há aferição desse instrumento). Optou-se por enveredar nesse último caminho no âmbito da presente tese.

Depois desse pré-teste, que motivou alguns reajustamentos, sobretudo nos termos usados, foram realizadas, em Braga, entre maio e novembro de 2015, 14 entrevistas com atores idosos de instituições locais, que estão representados nas ações das políticas de saúde para o envelhecimento, e 6 entrevistas com atores institucionais. Já em Santa Maria, foram entrevistados 15 idosos e 7 gestores, conforme mostrado na Figura 20.

Figura 20 – Fontes primárias utilizadas em Portugal e no Brasil na entrevista semiestruturada por pautas



Fonte: Elaborada pela autora, a partir da constituição das entrevistas por pautas, 2016.

Baseados nas diretrizes do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, foram elaborados roteiros de entrevistas semiestruturadas por pautas, que continham o quesito participação, conforme as diversas categorias elencadas no documento (política, social/comunitária, avaliativa e de gênero feminino) como um dos eixos principais para os idosos. O outro eixo principal contém o conhecimento das políticas de saúde em âmbito internacional, nacional ou local e a sua percepção das ações e programas evidenciados a partir de 2002. Para os gestores, manteve-se o foco central da pesquisa sobre a sua percepção quanto à participação dos idosos e por gênero nas implantações das políticas públicas de saúde de ambos os municípios, o conhecimento sobre as políticas públicas que amparam as questões do envelhecimento e sobre os programas e ações implantados a partir de 2002 (Apêndices B e C).

A entrevistadora apresentou-se aos inquiridos como doutoranda em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul, no Brasil, e em doutoramento sanduíche na Universidade do Minho, em Braga-Portugal, explicando que necessitava analisar e ter um contato direto com os atores locais e alguns regionais ligados às políticas de saúde do idoso nos municípios de Braga e de Santa Maria, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Conforme já descrito, um dos critérios seguidos para a seleção dos entrevistados foi garantir a presença dos principais atores institucionais, direta e indiretamente ligados às políticas de saúde do idoso. Para tal, foi elaborada uma lista

provisória de instituições de referência do território, que serviu como elemento orientador dos contatos realizados. Esses agentes foram escolhidos porque estiveram diretamente ligados às políticas de saúde para os idosos, tendo acompanhado e participado da promoção de debates a respeito do assunto.

Apesar de o roteiro ser um documento orientador da entrevista, foi dada liberdade ao entrevistado para falar livremente, sem limitações de tempo, podendo exprimir ideias, percepções e sentimentos de forma espontânea. Por isso, em alguns dos casos, foi-se além de uma hora de entrevista.

Notas conclusivas

Portanto, neste capítulo buscou-se apresentar a trajetória percorrida pela investigadora para a coleta dos dados da pesquisa, mas, sobretudo, foram sublinhadas as fontes primárias e secundárias usadas na investigação realizada e objeto de uma demorada reflexão antes de sua implantação. Nessa perspectiva, entende-se que a organização dos dados e as análises dos documentos foram essenciais para a compreensão de como cada país aborda a categoria participação, auxiliando a pesquisadora a encontrar algumas respostas em relação à concepção dessa ação por parte dos países envolvidos. Essa concepção sobre participação parece estar particularmente vinculada à forma de construir as políticas de cada país e intrinsecamente relacionadas ou reproduzidas por seu contexto histórico e cultural.

5 CONTEXTUALIZANDO O ENVELHECIMENTO E A CULTURA DA PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NOS ESPAÇOS DE EXERCÍCIO POLÍTICO EM PORTUGAL E BRASIL

Neste capítulo, se aborda a relação dos resultados encontrados nesta pesquisa com os resultados da literatura. Inicia-se com as caracterizações das amostras das entrevistas nos dois municípios estudados e descrevem-se as formas de participação destacadas nos documentos dos dois países. Por fim, serão discutidas as seguintes categorias encontradas: 1) significado de envelhecimento; 2) cultura da participação dos idosos nas sociedades; 3) percepção sobre a gestão pública; 4) conhecimento das políticas públicas; e 5) percepção sobre a participação por gênero. No âmbito de cada categoria, foram também identificadas as respectivas subcategorias mais expressivas.

5.1 Caracterização sumária das amostras recolhidas através das entrevistas

Apresentam-se, neste espaço, as caracterizações resumidas dos entrevistados em Braga/ARS Norte e Santa Maria/4ª CRS.

5.1.1 Braga/ARS Norte

No caso do município de Braga, foram concretizadas catorze entrevistas a idosos participantes como usuários ou integrantes das associações e que frequentavam serviços de saúde e Centros Comunitários ou de Convivência (Quadro 10). Os idosos desse grupo são identificados pelas siglas IP (Idoso Português), seguido pelo número de referência, na ordem em que foram entrevistados.

Quadro 10 – Perfil dos idosos portugueses entrevistados em Braga

Identificação	Local de participação ou entrevista	Idade	Gênero	Grau de instrução	Profissão anterior/ aposentadoria
IP1	Hospital de Braga	65	F	Primário	Do lar
IP2	Associação dos Reformados de Braga	69	M	Primário	Motorista
IP3	Unidade de Saúde Gualtar	83	M	Primário	Lavrador
IP4	Unidade de Saúde Gualtar	77	F	Secundário	Costureira

IP5	Centro Social e Comunitário São Adrião	78	F	Secundário	Do lar
-----	---	----	---	------------	--------

(continua)

(conclusão Quadro 10 – Perfil dos idosos portugueses entrevistados em Braga)

Identificação	Local de participação ou entrevista	Idade	Gênero	Grau de instrução	Profissão anterior/ aposentadoria
IP6	Centro Paroquial e Social de São José do São Lázaro	77	M	Secundário	Comerciante
IP7	Centro Paroquial e Social de São José do São Lázaro	71	F	Secundário	Bancária
IP8	Irmandade Santa Cruz – Largo do Souto	76	M	Secundário	Motorista de táxi na França
IP9	Irmandade Santa Cruz – Largo do Souto	77	F	Secundário	Comerciante
IP10	Irmandade Santa Cruz – Largo do Souto	79	M	Secundário	Comerciante
IP11	Associação Social Cultural Recreativa e Desportiva de Nogueiró.	69	F	Secundário	Do lar
IP12	Associação Social Cultural Recreativa e Desportiva de Nogueiró.	71	F	Primário	Do lar
IP13	Associação dos Reformados Pensionistas Idosos de Vale Cávado	72	M	Superior	Farmacêutico
IP14	Associação dos Reformados da Previdência do Minho	73	M	Secundário	Construtor civil

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados recolhidos nas entrevistas em Portugal, em 2015.

Dos 14 idosos entrevistados em Braga e ARS Norte, em relação ao gênero, buscou-se equilibrar com uma amostra intencional de sete homens e sete mulheres, cuja idade variou entre 65 e 83 anos. Quanto ao grau de instrução, quatro tinham o ensino primário, nove o ensino secundário, um o ensino superior e todos estavam aposentados.

Quanto às entrevistas dos gestores, foram concretizadas seis entrevistas realizadas com aqueles que estão diretamente envolvidos com ações e políticas de saúde dos idosos em Braga e ARS Norte, tendo sido eles identificados pela sigla GP (Gestor Português), e, em seguida, o número, na ordem em que foram entrevistados (Quadro 11).

Quadro 11 – Perfil dos gestores entrevistados em Braga e ARS Norte/Portugal

Identificação	Local da Entrevista/Gestão	Idade	Gênero	Grau de instrução	Profissão
GP1	Diretora do Centro Social e Comunitário São Adrião	35	F	Pós-graduação	Pedagoga
GP2	Gestora da Irmandade Santa Cruz – Largo do Souto	41	F	Pós-graduação	Assistente social

(continua)

(conclusão Quadro 11 – Perfil dos gestores entrevistados em Braga e ARS Norte/Portugal)

Identificação	Local da Entrevista/Gestão	Idade	Gênero	Grau de instrução	Profissão
GP3	Provedor das Misericórdias de Braga	81	M	Pós-graduação	Administrador
GP4	Diretor Saúde ARS Norte	62	M	Pós-graduação	Médico
GP5	Vice-Presidente da Câmara Municipal de Braga	58	M	Pós-graduação	Vice-Presidente da Câmara
GP6	Unidade de Saúde Gualtar	53	F	Pós-graduação	Médica

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados recolhidos nas entrevistas em Portugal, em 2015.

Dos gestores entrevistados, seis deles estão ligados à gestão de saúde nas diversas frentes de ação, com exceção do GP5, que é Vice-Presidente da Câmara Municipal de Braga, cargo que se equipara ao de Vice-Prefeito no Brasil, ou seja, tem funções executivas. Quanto ao gênero, três eram homens e três eram mulheres e todos possuíam Pós-graduação. A idade variou entre 35, para a mais nova gestora, e 81, para o GP3, que mantém função de destaque como Gestor da Misericórdia de Braga. A ARS Norte foi representada pelo participante GP4.

5.1.2 Santa Maria/4ª CRS

Em Santa Maria, foram concretizadas quinze entrevistas aos idosos usuários de diversos espaços associativos do município e a uma idosa participante do Conselho Municipal do Idoso (COMID). Foram entrevistadas oito pessoas do gênero feminino e sete do gênero masculino, com idades variando entre 61 e 86 anos. Para identificar esse grupo de idosos foram utilizadas as siglas IB (Idoso Brasileiro), seguidas pelo número da ordem da entrevista (Quadro 12).

Quadro 12 – Perfil dos idosos brasileiros entrevistados em Santa Maria

Identificação	Local da participação ou entrevista	Idade	Gênero	Grau de instrução	Profissão anterior/ aposentaria
IB1	Grupo Associação Cabelos de Prata	75	M	Secundário	Militar
IB2	Grupo Associação Cabelos de Prata	68	F	Primário	Cuidadora de Idosos
IB3	Grupo De Bem com a Vida	76	F	Secundário	Costureira
IB4	Unidade de Saúde Gualtar	80	M	Primário	Construção Civil
IB5	Grupo Grisalhas da Primavera	67	F	Secundário	Do lar
IB6	Grupo Grisalhas da Primavera	61	F	Secundário	Do lar

(continua)

(conclusão Quadro 12 – Perfil dos idosos brasileiros entrevistados em Santa Maria)

Identificação	Local da participação ou entrevista	Idade	Gênero	Grau de instrução	Profissão anterior/ aposentaria
IB7	Grupo Reviver	67	F	Primário	Cuidadora
IB8	Grupo Reviver	73	M	Secundário	Representante Comercial
IB9	Grupo Novo Estilo de Vida	80	M	Superior	Dentista Militar
IB10	Grupo Novo Estilo de Vida	61	F	Secundário	Do lar
IB11	Grupo Anos Dourados.	78	F	Primário	Agricultora
IB12	Grupo Anos Dourados.	86	M	Primário	Agricultor
IB13	Grupo Mente Sã, Corpo São	70	F	Superior	Artesã
IB14	Grupo Mente Sã, Corpo São.	72	M	Secundário	Comerciante
IB15	COMID	71	F	Superior	Professora

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados recolhidos nas entrevistas no Brasil, em 2016.

Quanto aos gestores entrevistados, no total de oito participantes, três eram do gênero masculino e cinco do gênero feminino, todos com formação superior, tendo cinco uma Pós-graduação. Destaca-se que nem todos eram de Santa Maria, pois uma era ex-presidente do Conselho Nacional de Brasília e outra presidente do Conselho Estadual de Porto Alegre. Não foram entrevistados todos os gestores relacionados com a política dos idosos, principalmente os da escala nacional e estadual, a coordenadora estadual da política e o presidente da Política Nacional do Idoso, por não haver resposta ao pedido de realização de entrevista. Quanto às idades, variaram de 36 a 68 anos. Identificou-se esse grupo de entrevistados pela sigla GB (Gestor Brasileiro), seguido do número da ordem em que foi concebida a entrevista (Quadro 13):

Quadro 13 – Perfil dos gestores entrevistados no Brasil

Identificação	Local da Entrevista/Gestão	Idade	Gênero	Grau de Instrução	Profissão
GB1	Instituição de Longa Permanência em Santa Maria	68	M	Superior	Administrador
GB2	Presidente do Conselho Nacional da Pessoa Idosa	56	M	Pós-graduação	Médico
GB3	Presidente Conselho Municipal da Pessoa Idosa	55	M	Pós-graduação	Advogado
GB4	Vice-Presidente Conselho Municipal da Pessoa Idosa e Escrivã da Delegacia do Idoso de Santa Maria	52	F	Superior	Advogado
GB5	Coordenadora Estadual Política Idoso 4CRS	36	F	Superior	Nutricionista
GB6	Presidente do Conselho Estadual do Idoso	63	F	Pós-graduação	Assistente Social
GB7	Coordenadora Política Municipal do Idoso	38	F	Pós-graduação	Enfermeira

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados recolhidos nas entrevistas no Brasil, em 2016.

Todos os entrevistados estão particularmente envolvidos com as políticas e ou ações a respeito do tema do envelhecimento. Há gestores em âmbito nacional, como o GB2; estadual, como as participantes GB5 e GB6, e municipais, desde a gestão máxima em saúde, GB8, além da GB7, responsável direta pela política do idoso no município e, ainda, os que estão envolvidos com o controle social das políticas do idoso, GB3 e GB4.

As entrevistas foram integralmente gravadas em registro de áudio (com o consentimento dos entrevistados) e posteriormente transcritas. Em seguida, foram sujeitas a uma análise temática e categorial de conteúdo, com vista a descrever e a interpretar os significados latentes e manifestos dos discursos escolhidos.

Após a análise dos dados recolhidos, foi construída uma grade com os temas e categorias representativas das entrevistas. Esse exercício reflexivo e o recurso aos fundamentos teóricos permitem uma compreensão e interpretação da informação no seu contexto.

A análise foi operacionalizada em três etapas: a primeira delas, a pré-análise, consistiu na escolha dos materiais a serem analisados na sua relação com os objetivos inicialmente propostos, buscando elaborar os eixos de análise. Nessa fase, o material coletado foi alvo de leitura e reflexão exaustiva, em confronto com os objetivos e com a base teórica adotada. O material foi organizado de forma a responder a algumas normas de validade (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência), tendo sido definidas as formas de organização e as categorias de análise (MINAYO, 2010).

Na segunda fase, a da exploração, o material foi codificado, mensurado, organizado e classificado, de acordo com os princípios formulados na primeira fase. Na terceira e última fase, a do tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, o material foi analisado quantitativa e qualitativamente. Por meio do processo de decomposição e recomposição, se buscou atingir a compreensão mais abrangente dos objetos em questão.

Foi importante, também, analisar os estilos utilizados nos registros dos documentos e pelos narradores, os pontos de referência adotados e a maneira como se desenvolveram as escritas e narrativas, pois esses aspectos caracterizaram as marcas pessoais dos registros e dos respondentes e a sua apreensão singular da realidade, vinculada ao contexto e à história de vida de cada um. No que se refere ao

conteúdo das entrevistas, mesclaram-se duas atitudes do entrevistado: a de transmissão de acontecimentos e a de avaliação da realidade narrada. Para Minayo (2010), é importante que o processo de análise identifique, sempre que possível, essas diferentes posturas.

Para a análise documental, entendeu-se necessário passar de um documento primário para um secundário. Assim, destacou-se a categoria *a priori* da participação, evidenciando os indicadores que permitiram inferir sobre a realidade pesquisada e destacar as formas de participação indicadas pelos diversos documentos publicados pelos países (BARDIN, 2011).

5.2 As formas de participação dos idosos identificadas nos documentos de ambos os países

Conforme anteriormente descrito, as unidades de análise encontradas nos documentos, a partir da categoria participação, foram elencadas em: a) participação política; b) participação social/comunitária; c) participação avaliativa; e d) participação feminina.

O Quadro 14 demonstra cada categoria sobre a participação encontrada nos documentos analisados de cada país, a frequência em que eles aparecem e em quais documentos foram apontadas, bem como o ano da sua publicação.

Quadro 14 – Apresentação das frequências da categoria participação nos documentos de Portugal

Categoria de Participação	Frequência	Ano/Documentos
Política	01	2012 PNS
Social/Comunitária	01	2012 PNS
Avaliativa	03	2001 Constituição 2003 PAII 2006 RCCI
Feminina	0	0

Legendas: PNS – Plano Nacional de Saúde; PAII – Programa de Apoio Integrado ao Idoso; RCCI – Rede de Cuidados Continuados Integrados.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora a partir dos dados encontrados nos documentos analisados até o ano de 2015.

Dos quatro documentos portugueses analisados, a participação avaliativa aparece em três deles, ou seja, eles enfatizam a participação avaliativa como processo de cidadania para as garantias da boa qualidade dos serviços de saúde. A participação política surge em apenas um deles, que indica também a participação

social/comunitária como sendo importante no contexto da cidadania participativa. Nenhuma ênfase é dada à participação feminina.

No Quadro 15, apontam-se as categorias da participação nos documentos avaliados no Brasil.

Quadro 15 – Apresentação das frequências da categoria participação nos documentos do Brasil

Categoria Participação	Frequência	Ano/Documentos
Política	05	1988 – Constituição 1994 – PNI 2003 – Estatuto do Idoso 2006 – PNSI 2006 – PESPI
Social/Comunitária	04	1988 – Constituição 1990 – SUS 2003 – Estatuto do Idoso 2006 – PESPI
Avaliativa	0	0
Feminina	0	0

Legendas: PNI – Política Nacional do Idoso; PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso; PESPI – Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa.

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora a partir dos dados encontrados nos documentos analisados até o ano de 2015.

Dentre os seis documentos avaliados no Brasil, cinco deles referem-se à participação política, em quatro sobressai a participação social comunitária e nenhum documento enfatiza a participação avaliativa ou a feminina como uma categoria em destaque.

Portanto, em Portugal, a ênfase é na participação avaliativa, inexistente nos documentos brasileiros. Quanto à participação política, há pouca representatividade nos documentos portugueses, encontrada apenas no Plano Nacional de Saúde (2012), mas ela é destaque nos documentos brasileiros, pois encontra-se presente em cinco dos seis avaliados. A participação social/comunitária também tem maior representatividade nos documentos brasileiros, mas em nenhum documento de ambos os países foi encontrada a questão do gênero feminino como relevante para a participação, conforme destaca o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (ONU, 2002).

As análises das categorias encontradas sobre participação nos documentos serão abordadas juntamente com as análises das entrevistas no próximo item, de forma a contemplar as questões culturais inseridas no contexto de cada país.

5.3 Formas de participação do idoso e os aspectos culturais que interferem na implantação de políticas de saúde

Neste item apresentam-se as categorias encontradas nas entrevistas e que norteiam as questões culturais da participação dos idosos nos espaços políticos de cada país. Como mencionado, foram cinco as categorias consideradas, seguidas das subcategorias e suas frequências nas falas dos entrevistados:

1. **Significado de envelhecimento:** velhice como fase da vida (12); tempo para participar de atividades (7); envelhecimento ativo saudável (6); idade cronológica (3); e velhice após a aposentadoria (2).
2. **Cultura da participação dos idosos nas sociedades:** percepção sobre a participação política (17); importância do idoso nas decisões políticas (9); motivação dos idosos para participar (7); barreiras que os idosos encontram para participar (6); participação social/comunitária (6); participação avaliativa (2).
3. **Percepção sobre a gestão pública:** relação de confiança com a gestão pública (13); consciência política (9); falta de prioridade para as políticas do idoso (6); intersetorialidade (6); programas implantados após 2002 (5); falta de recursos financeiros e humanos (4); e burocracia dos processos (2).
4. **Conhecimento das políticas públicas:** conhecimentos das políticas (12)
5. **Concepções sobre a participação da mulher idosa nos espaços políticos:** percepção sobre a participação por gênero (42).

5.3.1 Significado do envelhecimento

O tema proposto para as entrevistas sobre essa categoria foi “concepções sobre o envelhecimento”. Envelhecer pode ter diversos significados, para diferentes pessoas, nas distintas culturas. Definitivamente, não se trata de um conceito único e homogêneo. Apesar de ser um fenômeno do processo da vida – como a infância, a adolescência e a maturidade –, todos são demarcados por questões que permeiam

os aspectos biopsicossociais. Portanto, envelhecer varia de indivíduo para indivíduo e é um processo que pode ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida e pelas características do meio ambiente (FERREIRA et al., 2010).

No Quadro 16, apresentam-se as categorias vinculadas ao significado de envelhecimento, recolhidas nas entrevistas realizadas:

Quadro 16 – O que pensam os entrevistados sobre o envelhecimento

1. SIGNIFICADO DE ENVELHECIMENTO	
A interpretação da maioria dos entrevistados sobre o envelhecimento refere-se a uma fase da vida como outra qualquer. Apresentam concepções positivas ao envelhecimento como tempo livre para a realização de novas atividades.	
Categorias/Frequência	Falas dos entrevistados
Velhice como fase da vida (12)	<p><i>[...] envelhecer é mais uma fase da vida em que se pode buscar ser feliz se a pessoa quiser. (Mulher, 41 anos, GP).</i></p> <p><i>É um processo natural da nossa existência, sabemos que um dia fomos meninos e depois seremos velhos. (Homem, 58 anos, GP).</i></p> <p><i>O envelhecimento para mim, vejo assim, como uma nova fase da vida, porque é onde tu adquiriu a sabedoria. (Mulher, 52 anos, GB).</i></p> <p><i>Bem, o envelhecimento para mim é uma fase importante, de reflexões e também de ser produtivo, sabe? (Idosa, 63 anos, GB).</i></p> <p><i>Envelhecimento é uma ocorrência normal da vida, para todos nós a natureza que Deus Criou, é o envelhecimento. (Idoso, 80 anos, IB).</i></p> <p><i>[...] envelhecer é coisa da vida, né, faz parte da vida. (Idosa, 70 anos, IB).</i></p> <p><i>Envelhecer para mim é uma coisa da vida, todo mundo fica velho. (Idosa, 72 anos, IB).</i></p> <p><i>Eu acho que é uma fase como outra da vida, que precisa ser vivida. (Idosa 65 anos, IP).</i></p> <p><i>É uma fase, que o corpo envelhece, os cabelos ficam brancos, as juntas doloridas, a vista ruim. (Idosa, 71 anos, IP).</i></p> <p><i>[...] eu cá penso que o envelhecimento é uma boa fase para se viver, se tiver saúde, se tiver umas alegrias aqui, outras ali... e, se tiver as pessoas consigo, não é? (Idosa, 77 anos, IP).</i></p> <p><i>Cá para mim, tenho a certeza de que é uma fase da vida, como outra qualquer, tem suas dificuldades, suas tristezas e suas alegrias. (Idosa, 69 anos, IP).</i></p> <p><i>Eu prá mim, envelhecimento é uma fase de novas oportunidades, há um crescimento da pessoa, a maturidade pode ser um ganho bom. (Idoso, 72 anos, IP).</i></p> <p><i>É uma fase a ser vivida como todas as outras, pois cá, sei que alguns gostam outros não, mas as pessoas precisam perceber o que de fato isso significa. (Idoso, 73 anos, IP).</i></p>

(continua)

(continuação Quadro 16 – O que pensam os entrevistados sobre o envelhecimento?)

1. SIGNIFICADO DE ENVELHECIMENTO	
A interpretação da maioria dos entrevistados sobre o envelhecimento refere-se a uma fase da vida como outra qualquer. Apresentam concepções positivas ao envelhecimento como tempo livre para a realização de novas atividades.	
Tempo para participar de atividades (7)	<p><i>A minha visão é muito mais que isso, trata-se de um momento em que a pessoa pode usufruir de todo o seu trabalho que teve, deve integrar na comunidade, deve fazer parte das atividades, das políticas. (Mulher, 35 anos, GP).</i></p> <p><i>[...] também pode ser uma fase muito feliz para aproveitar a vida em tudo aquilo que não aproveitaram durante a vida do trabalho. (Mulher, 35 anos, GP).</i></p> <p><i>O envelhecer com qualidade e dignidade exige superar estes desafios físicos e mentais, e a procura diária em inovar sempre nos permite permanecer jovens. (Idoso, 68 anos, GB).</i></p> <p><i>[...] eu tenho 80 anos, faço ginástica, eu jogo, eu vou no clube, jogo solo, jogo carta, jogo bocha e continuo a vida como se fosse jovem, o meu espírito tá jovem. (Idoso, 80 anos, IB).</i></p> <p><i>Então hoje, graças a Deus eu tô aqui, tô fazendo bastante coisa e acho que to fazendo coisas boas também, né? (Idosa, 61 anos, IB).</i></p> <p><i>Posso-me mexer, posso fazer a minha vida. (Idosa 78 anos, IP).</i></p> <p><i>Ah, se pudesse ainda ser útil, ajudar, passar a experiência e o conhecimento que eu tenho. (Idoso, 79 anos, IP).</i></p>
Envelhecimento ativo saudável (6)	<p><i>O envelhecimento tem que ser ativo, não podemos deixar de fazer, temos que nos envolver com atividades. (Idoso, 81 anos, GP).</i></p> <p><i>Mas, se o idoso tem uma saúde relativamente boa, do ponto de vista físico e cognitivo, com controles dos indicadores de saúde em dia, com a permanência de alguma atividade laboral que o faça bem e, se há algum tipo de apoio social, seja familiar ou alguém que esteja perto, acho que se pode ter um envelhecimento saudável e ter uma vida plena como todas as fases da vida. (Mulher, 53 anos, GP).</i></p> <p><i>[...] pra mim é o estilo de vida, a pessoa não pode parar, a pessoa tem que ter um espírito jovem, não se deixar envelhecer, eu tenho 67 e tenho o espírito de 18. (Idosa 67 anos IB).</i></p> <p><i>Na minha maneira de ver a pessoa, acho que devia continuar a trabalhar para manter todas as suas capacidades cognitivas, ou trabalho remunerado ou mesmo voluntariado, porque é importante o convívio de idosos com os jovens no trabalho. (Idoso, 81 anos, GP).</i></p> <p><i>Olha, envelhecimento é uma coisa que com saúde é muito bom, fazendo exercício físico, tendo uma boa qualidade de vida, se cuidando, mas não se cuidando não é muito bom não, aí começam a aparecer as doenças. (Idosa, 60 anos, IB).</i></p> <p><i>Até em casa comentam que eu não paro, mas para que que eu vou para se eu tenho disposição para fazer as coisas, né? (Idosa, 71 anos, IB).</i></p>

(continua)

(conclusão Quadro 16 – O que pensam os entrevistados sobre o envelhecimento?)

1. SIGNIFICADO DE ENVELHECIMENTO	
A interpretação da maioria dos entrevistados sobre o envelhecimento refere-se a uma fase da vida como outra qualquer. Apresentam concepções positivas ao envelhecimento como tempo livre para a realização de novas atividades.	
Idade Cronológica (3)	<p><i>É a idade que chega pra gente, que a gente vai adquirindo. (Idoso, 75 anos, IB).</i></p> <p><i>[...] é cabeça, não é todos que envelhecem, assim, sabe, que tem um envelhecimento, tem uns que tem 80, como, por exemplo, o meu pai tem 88 e não se acha velho e não age como um velho. (Idosa, 68 anos, IB).</i></p> <p><i>[...] envelhecimento a gente não pode fugir, né? Então a gente tem que tentar ser feliz e fazer os outros feliz, não adianta ficar em casa encorujada pensando no negativo. (Idosa, 76 anos, IB).</i></p>
Velhice após a aposentadoria (2)	<p><i>[...] uma pessoa com mais de 65 anos fica reformado, fica mais resguardado e mais tempo em casa. (Mulher 35 anos, GP1).</i></p> <p><i>Acho que a nossa cultura desvaloriza demais o idoso, principalmente quando ele se aposenta. (Homem, 53 anos, GB1).</i></p>

Legendas: GP – Gestor Português, IP – Idoso Português, GB – Gestor Brasileiro, IB – Idoso Brasileiro.
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos das entrevistas realizadas em 2015 e em 2016.

Dentre os entrevistados, identificou-se que o significado do envelhecimento é, para a maioria, um aspecto positivo. Ter saúde e estar ativo são pontos que se destacam nas falas dos entrevistados, assim como a identificação de uma fase da vida como outra qualquer, na qual é possível se ter tempo para atividades que antes não faziam. A subcategoria sobre uma fase de vida como outra qualquer se apresentou como a mais frequente em doze falas dos entrevistados, seguida pelo tempo para participar em atividades, explicitada por sete entrevistados e associado, em seis deles, à necessidade de envolvimento em atividades, em ser ativo. Com a exceção de dois entrevistados (GP1 e GB1), ambos relativamente jovens gestores, os demais identificaram a vida do idoso como de reclusão e com desvalorização cultural da sociedade. Os outros gestores tiveram concepções aproximadas à dos idosos, sem que se evidenciassem diferenças culturais entre os dois países. Isso talvez tenha ocorrido pelo fato de esses idosos estarem vinculados a algum tipo de associação ou grupo de atividades, centros de convivência, e, sobretudo, à gestão de serviços. Dessa forma, identificou-se um grupo de entrevistados com relativa positividade face ao envelhecimento. Logo, não houve diferenças significativas de percepção sobre o envelhecimento entre gestores e idosos.

Para Martins (2002), a velhice não é uma cisão em relação à vida precedente, mas, na verdade, uma continuação da adolescência, da juventude e da maturidade,

que podem ter sido vividas de diversas maneiras. As circunstâncias históricas, que ele relaciona tanto à vida privada, quanto à vida pública, exercem muita importância nos determinantes da velhice. Dentre as falas dos entrevistados, a velhice foi descrita como uma fase de continuidade da vida, não havendo diferenças significativas desse conceito entre gestores e idosos em ambos os países. Tampouco houve diferenças entre as percepções femininas e masculinas, bem como entre os instruídos ou menos instruídos.

Lopes e Park (2007) destacam, em seus estudos, que há imagens no cotidiano de velhos que procuram manter o controle sobre o seu corpo e relativa juventude, ativos e dispostos a realizar sonhos e a satisfazer os seus desejos; e, por outro, imagens de velhos pobres, doentes, solitários, assexuados e abandonados. Portanto, na sociedade contemporânea há imagens distintas sobre o envelhecimento, levando a crer que essas representações coexistem no imaginário coletivo das sociedades.

Partindo desse princípio, os estudos sobre representação social têm contribuído sistematicamente para identificar esses conceitos inscritos nos coletivos imaginários, fruto das formas organizacionais das sociedades, da produção do trabalho, da massificação do cotidiano, e, conseqüentemente, das relações supérfluas ou líquidas, como afirma Bauman (2004) sobre as sociedades modernas. Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais (TRS) e a Teoria Psicossociológica do Conhecimento, elaboradas por Moscovici (2003), tratam de um conhecimento elaborado nas interações sociais e compartilhado pelos indivíduos de um grupo social no conhecimento do senso comum. Essa categoria embasou-se, desse modo, nos autores que utilizaram essa teoria e nos que utilizam a representação cultural sobre o envelhecimento.

Santos, Tura e Arruda (2013), ao entrevistarem 70 idosos acima de 60 anos, de ambos os sexos, ex-alunos da Universidade Federal do Rio de Janeiro, encontraram a palavra “experiência” (28 participantes) como a mais frequente entre os entrevistados, seguida da palavra “doença” (15 participantes). Isso os levou a crer que esses dois aspectos podem estar inseridos nessas representações sociais.

No caso desta pesquisa, apesar de as subcategorias encontradas revelarem que as representações são positivas sobre o envelhecimento, expressões sobre a experiência de vida e também a doença foram identificadas nas falas dos entrevistados, mas, não foram as categorias mais frequentes. A experiência, aqui

transcrita, refere-se a um mau aproveitamento desta pela sociedade ou pelo espaço a que ela se destina, ou, ainda, à necessidade de transmissão do saber acumulado:

Ah, se pudesse ainda ser útil, ajudar, passar a experiência e o conhecimento que eu tenho. (Idoso, 79 anos IP).

O envelhecimento para mim, vejo assim, como uma nova fase da vida, porque é onde tu adquiriu a sabedoria e pode ser transmitida. (Mulher, 52 anos. GB).

Identifica-se a ideia da utilidade, vinculada à impossibilidade de se transmitir os conhecimentos e as experiências acumulados. Uma das apostas da ONU (2002) e também da OMS (2001, 2005) está na importância das relações intergeracionais, pois, segundo Ferrigno (2016), é no cotidiano das relações interpessoais que a aprendizagem acontece. Nos encontros entre velhos e moços, os mais velhos também servem de modelo positivo ou negativo, fornecido pela convivência de como se comportar diante do envelhecimento de si e do outro, além de que há, nos idosos, potenciais atores para a preservação da memória cultural. Bosi (1979, p. 32) demonstra que, na transferência de experiências dos velhos para os jovens,

[...] há dimensões da aculturação que, sem os velhos, a educação dos adultos não alcança plenamente: o reviver do que se perdeu, de histórias, tradições, o reviver dos que já partiram e participam estão nas nossas conversas e esperanças.

Por outro lado, tanto os idosos brasileiros como os portugueses afirmaram que o envelhecimento pode ser uma fase positiva da vida se não estiver vinculada às doenças e relacionaram que ser saudável é estar ativo e com indicativo da importância da relação social:

Olha, envelhecimento é uma coisa que com saúde é muito bom, fazendo exercício físico, tendo uma boa qualidade de vida, se cuidando, mas não se cuidando não é muito bom não. Aí começam a aparecer as doenças. (Idosa, 60 anos, IB).

[...] eu cá penso que o envelhecimento é uma boa fase para se viver, se tiver saúde. Se tiver umas alegrias aqui, outras ali... e, se tiver as pessoas consigo, não é? (Idosa, 77 anos, IP).

Ainda, pode ser vista como uma fase negativa diante dos declínios naturais dos processos de envelhecimento. *“É uma fase, que o corpo envelhece, os cabelos ficam brancos, as juntas doloridas, a vista ruim”* (Idosa, 71 anos, IP).

A questão oportuna que se introduz nesta pesquisa é que, para doze entrevistados, o envelhecimento está vinculado a uma fase da vida como outra qualquer. É encarada como uma fase que vem ocorrendo num percurso natural, conforme se identifica nas falas de alguns idosos brasileiros:

Envelhecimento é uma ocorrência normal da vida, para todos nós a natureza que Deus Criou, é o envelhecimento. (Idoso, 80 anos, IB).

Envelhecer para mim é uma coisa da vida. Todo mundo fica velho. (Idosa, 72 anos, IB).

Ademais, não se diferencia na percepção desses idosos portugueses:

Cá para mim, tenho a certeza de que é uma fase da vida como outra qualquer, tem as suas dificuldades, as suas tristezas e as suas alegrias. (Idosa, 69 anos IP).

Eu pra mim, envelhecimento é uma fase de novas oportunidades, há um crescimento da pessoa, a maturidade pode ser um ganho bom. (Idoso, 72 anos, IP).

Portanto, para esse grupo de idosos, portugueses e brasileiros, o significado do envelhecimento é o de mais uma fase a ser vivida. Essa representação normalmente está inscrita num modelo biomédico, no qual a relação de saúde e doença vincula-se ao ser ativo, em que o declínio na envelhescência é um processo natural, mas pode ser modificado se tiver atividade física e mudanças de hábitos (OMS, 2002), como inscrito na *Política do Envelhecimento Ativo* e que se evidencia na reprodução dessa fala: “[...] *fazendo exercício físico, tendo uma boa qualidade de vida, se cuidando, mas não se cuidando não é muito bom não, aí começam a aparecer as doenças*” (Idosa, 60 anos, IB).

Um dos fatores de risco para as pessoas idosas, que pode provocar problemas de saúde, é a inatividade (BALTES, 2004; FERNÁNDEZ BALLESTEROS et al., 2002; KANE; KANE, 2003). Portanto, a prática de atividades ou de exercícios físicos é essencial para prevenir doenças não só em pessoas idosas, mas em todas as etapas da vida. A prática de atividades está associada a uma imagem do idoso saudável, que prevalece tanto no universo de conhecimentos do senso comum (entre as pessoas leigas) quanto no universo reificado (de especialistas). De qualquer forma, o exercício físico é um assunto instituído como qualidade de saúde e está inscrito nas representações sociais sobre o envelhecimento saudável. Nesse sentido,

encontraram-se ecos nas falas dos idosos que identificaram que o bom envelhecimento está relacionado com ser e estar ativo, mas não somente em relação ao exercício físico, mas a outras formas de atividades:

O envelhecimento tem que ser ativo, não podemos deixar de fazer, temos que nos envolver com atividades. (Idoso, 81 anos, GP).

[...] eu tenho 80 anos, faço ginástica, eu jogo, eu vou no clube, jogo solo, jogo carta, jogo bocha e continuo a vida como se fosse jovem, o meu espírito tá jovem. (Idoso, 80 anos, IB).

Há, também, a opção em ter espírito jovem: “[...] pra mim é o estilo de vida, a pessoa não pode parar, a pessoa tem que ter um espírito jovem, não se deixar envelhecer, eu tenho 67 e tenho o espírito de 18” (Idosa, 67 anos, IB).

Ou relacionada com o trabalho formal, doméstico ou voluntário como forma de preservar as funções cognitivas:

Na minha maneira de ver a pessoa, acho que devia continuar a trabalhar para manter todas as suas capacidades cognitivas, ou trabalho remunerado, ou mesmo voluntariado, porque é importante o convívio de idosos com os jovens no trabalho. (Idoso, 81 anos, GP).

Até em casa comentam que eu não paro, mas para quê que eu vou parar se eu tenho disposição para fazer as coisas, né? (Idosa, 71 anos, IB).

Uma gestora portuguesa que identifica que o apoio social ao idoso pode ser um componente importante na dimensão do envelhecimento saudável:

Mas, se o idoso tem uma saúde relativamente boa, do ponto de vista físico e cognitivo, com controlos dos indicadores de saúde em dia, com a permanência de alguma atividade laboral que o faça bem e, se há algum tipo de apoio social, seja familiar ou alguém que esteja perto, acho que se pode ter um envelhecimento saudável e ter uma vida plena como todas as fases da vida. (Mulher, 53 anos, GP).

Para Queiroz (2001), em seu estudo sobre representações de saúde e de doença, a definição de doença significa, para muitas pessoas, um período na vida do paciente em que ele deixa de realizar as suas atividades produtivas. Esse período de interrupção das atividades representaria a própria doença.

Portanto, estar ativo pode significar diversas situações para os idosos, de acordo com a sua própria dimensão sobre ser e estar ativo. Nem todos se vinculam à

atividade do exercício físico em seu cotidiano, mas a outras atividades, laborais ou não, mas que tenham significado para cada um deles.

A fase da velhice pode ser atribuída como uma época oportuna para poder realizar essas atividades que, durante a fase do trabalho na vida adulta, não puderam realizar: *“A minha visão, é muito mais que isso, trata-se de um momento em que a pessoa pode usufruir de todo o seu trabalho que teve, deve integrar-se na comunidade, deve fazer parte das atividades políticas”* (Homem, 81 anos, GP3). Ou representada no ideal de uma jovem gestora portuguesa: *“[...] também pode ser uma fase muito feliz para aproveitar a vida em tudo aquilo que não aproveitaram durante a vida do trabalho”* (Mulher, 35 anos, GP).

Desse modo, a categoria sobre o significado do envelhecimento e as subcategorias não trouxeram dimensões distintas sobre o assunto entre os entrevistados, tanto para idosos e gestores como para portugueses e brasileiros. Assim, o conjunto de categorias identificadas revela o imaginário do grupo pesquisado a respeito do que é o envelhecimento. Ao mesmo tempo, define as representações sociais produzidas a partir de um contexto sociocultural vivido pelo grupo, ligado à trajetória pessoal de cada participante.

Além disso, todos os entrevistados estão vinculados a alguma instância da sociedade civil, tais como instituições sociais público-privadas, associações, sindicatos, conselhos ou na gestão da política do idoso. Dessa forma, os vínculos sociais e as atividades propostas nesses espaços são propícios para ações e atividades de diversos tipos, sendo, então, um grupo particularmente ativo.

5.3.2 A cultura da participação dos idosos nas sociedades

Conforme dito anteriormente, essa é a categoria central deste estudo e, por isso, propõe-se um maior aprofundamento desse tema. Tanto nos documentos como nas entrevistas encontrou-se a categoria “participação” em diversos contextos, que se pretendem discutir nesse item. As dimensões encontradas nos documentos sobre participação, já anteriormente descritas, foram: a) percepções sobre a participação política; b) importância do idoso e da idosa nas decisões políticas; c) motivações e barreiras para participar; d) participação social e comunitária; e) participação avaliativa.

No Quadro 17, apresenta-se a categoria sobre participação dos idosos e as subcategorias encontradas nas entrevistas.

Quadro 17 – O que pensam os entrevistados sobre a participação dos idosos

2. A CULTURA DA PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS SOCIEDADES	
A participação política tem uma interpretação complexa entre os entrevistados. Por um lado, os gestores acreditam que os idosos não querem participar; de outro, os idosos pensam que não há espaço para a participação e poucos se colocaram disponíveis para a participação política. Outras formas de participação foram identificadas nessa categoria: social/comunitária e avaliativa.	
Categorias/Frequência	Falas dos entrevistados
Percepção sobre a participação política (17)	<p><i>Se são para os idosos, eles têm que participar, pois... mas nem sempre eles querem, os idosos não querem isso. (Idosa, 69 anos, IP11).</i></p> <p><i>Sob minha visão, só o fato de o idoso participar positivamente para um avanço nas questões políticas de saúde, representa a exposição de uma inteligência experiente e de bom senso, pouco aproveitadas, e que tem muito a contribuir. (Idoso, 68 anos, GB1).</i></p> <p><i>Em casa sou capaz de dar à língua. Em casa dou – mas fora não. (Idoso, 79 anos, IP10).</i></p> <p><i>Não há participação. Eu acho que, de forma geral, os idosos não participam muito. Relativamente a nível político, os homens estão em maioria nas decisões políticas, há poucas mulheres no governo e a tomar essas decisões. (Mulher, 41 anos, GP2).</i></p> <p><i>As Conferências, por sua vez, são espaços de participação da população idosa em nível local, municipal, estadual e nacional. Tais instâncias têm servido para a mobilização das pessoas idosas e seus representantes e discussão de agendas específicas. Estes são espaços institucionalizados de representação que têm importância, mas têm limitações. Nem sempre os representantes que têm assento nestas instâncias têm efetiva legitimidade. Mas isto faz parte do amadurecimento do processo democrático. O que importa é esta legitimidade, só é alcançada quando as organizações de representação se exponham em fóruns mais ampliados de participação, ultrapassando os limites impostos pela institucionalidade. (Homem, 56 anos, GB2).</i></p> <p><i>Sim, pois... mas há muitos que vão, há muitos idosos na política cá em Portugal, estão aí...mas eu não vou, eu que não vou, isso é com eles lá. (Idosa, 72 anos, IP12).</i></p> <p><i>Quando necessita de envolvimento dos idosos, eu vejo, a d. Od e D. Ro, elas participam, acho que é uma questão pessoal mesmo. Sempre tem idoso que deveria estar aqui, mas não estão desde que eu estou aqui só elas participam. Acho que existe disputa entre os grupos, porque o assunto vive em torno das instituições de longa permanência, e alguém perguntou e porque é só para as Instituições que vem verba? Não é? É que elas estão presentes e participam com os projetos. Era só alguém propor e concorrer de alguma associação, mas eles não vêm, não participam como deveriam. Deveriam ocupar mais esse espaço que é para eles. Às vezes tu acabas atendendo quem está do teu lado.... Mas a não frequência dos idosos no conselho, acho que falta uma divulgação mesmo, eu acho que a maioria pensa que o Comid é só para cuidar dos asilados e não vão. (Homem, 52 anos, GB3).</i></p>

(continua)

(continuação Quadro 17 – O que pensam os entrevistados sobre a participação dos idosos)

2. A CULTURA DA PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS SOCIEDADES

A participação política tem uma interpretação complexa entre os entrevistados. Por um lado, os gestores acreditam que os idosos não querem participar; de outro, os idosos pensam que não há espaço para a participação e poucos se colocaram disponíveis para a participação política. Outras formas de participação foram identificadas nessa categoria: social/comunitária e avaliativa.

Percepção sobre a participação política (17)

E quando me chamam para dar alguma palestra para eles, eu sempre digo que eles participem do conselho, das reuniões porque eles têm poder de decisão, porque eles têm que participar para reivindicar os interesses deles, né? Então eu acho importante que eles participem sim e que tem que participar das decisões políticas de governo de das ações, da saúde, e inclusive. (Mulher, 52 anos, GB4).

Sim, sim...os idosos têm muito o que falar...há muita vida, e experiência, mas quem os ouve? (Risadas). Eu para mim, cá as pessoas não ouvem. (Idosa, 77 anos, IP9).

Ainda temos uma cultura não muito participativa, pois temos que impulsionar esta participação enquanto formuladores ou nós que estamos envolvidos diretamente com o assunto. Estimular a participação é um grande desafio de todo o gestor, pois tem que querer muito que isso aconteça, ter uma visão real do que se propõe nas ações democráticas e. isso não é, muitas vezes vista do ponto de visto público, assim, de interesse. (Idosa, 63 anos, GB6).

Sim, sim importante demais, mas há muita dificuldade para que isso aconteça. Veja, eu venho cá todas as manhãs, passo aqui a resolver algumas coisinhas, e não vêm ninguém bater na porta... ninguém vêm dizer do que precisa... quando chamo para reunião, há uns gatos pingados que aparecem, mas nem sempre vem pra que? Não querem falar, nada dizem, mas estão sempre a reclamar pelos cantos uns com os outros. Cá as pessoas não confiam umas nas outras, essa é a verdade. ... acostumaram-se assim, pois... isso não se muda de uma hora para outra, não é? (Idoso, 72 anos, IP13).

A princípio acho que eles não participam, sinceramente. Acho que não os deixam participar, há uns que está bem ou está mal, não participam. Nós técnicos e políticos temos que apoiar e incentivar as participações deles, mas na maioria das vezes eles não participam. Acho que falta incentivo para que participem mais, já estão acostumados a não serem ouvidos então, a responsabilidade é nossa no terreno de os provocar a falar o que pensam. (Mulher 36 anos, GP1).

Eu acho que sim, que devia de haver quem fizesse, quem se unisse e fizesse qualquer coisa por isso. Mas eu não, não me metia nisso. Não dou para isso. (Idoso, 76 anos, IP8).

Por que quando chega na idade, nessa idade é quando as pessoas mais precisam né, então acho que tem que participar, ajudar a tomar as atitudes. (Idosa, 70 anos, IB13).

Sim, sim, é, eu acho que sim, pois a maioria quer ir ao bailinho, à ginástica, mas tocou numa palestra que a gente providencia a procura é pouca, eu não sei se pela idade, não consegue gravar, não sei, mas seria necessário né? Não é só reclamar, reclamar, tem que participar, né? Mas não querem, é difícil, então fica meio difícil. (Idosa, 71 anos, IB15).

Sim, a opinião dos mais velhos sempre devem ser respeitadas, o que é bom para as pessoas só as pessoas sabem, pois. (Idosa, 71 anos, IP7).

(continua)

(continuação Quadro 17 – O que pensam os entrevistados sobre a participação dos idosos)

<p align="center">2. A CULTURA DA PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS SOCIEDADES</p> <p>A participação política tem uma interpretação complexa entre os entrevistados. Por um lado, os gestores acreditam que os idosos não querem participar; de outro, os idosos pensam que não há espaço para a participação e poucos se colocaram disponíveis para a participação política. Outras formas de participação foram identificadas nessa categoria: social/comunitária e avaliativa.</p>	
<p>Percepção sobre a participação política (17)</p>	<p><i>[...] por que a gente tem aqui a secretária, a Dalila, ela participa do COMID, então uma vez por mês ela vai na reunião do COMID, que entra toda essa parte, e o professor também deixa a gente a par, né? E eu participo, a Maria também, ali do CRAS que é da prefeitura, então ali muitas coisas, então é direcionado tanto para a população carente, como para o idoso também. (Idosa, 61 anos, IB6).</i></p> <p><i>É seria importante, pra participar, pra, a gente também ser, não ser esquecido, né? (Idosa, 78 anos, IB11).</i></p> <p><i>Eu acho importante discutir, às vezes a gente pensa que nunca é resolvido como deveria ser, eu gostaria muito de sempre participar, mas infelizmente às vezes nem se tem o convite. (Idosa, 86 anos, IB12).</i></p>
<p>Importância do idoso nas decisões políticas (9)</p>	<p><i>Eu acho muito importante isso, porque os, tem muitos que tem muita experiência e é uma coisa que não é levada a sério. Eles têm que tomar mais a frente para eles poderem levar mais adiante algumas coisas. (Idosa, 68 anos, IB2).</i></p> <p><i>Sim, sim, é, eu acho que sim, pois a maioria quer ir ao bailinho, à ginástica, mas tocou numa palestra que a gente providencia a procura é pouca, eu não sei se pela idade, não consegue gravar, não sei, mas seria necessário né? Não é só reclamar, reclamar, tem que participar né? Mas não querem, é difícil, então fica meio difícil. O Sesc tinha palestra todo mês antes, mas foi diminuindo por falta de pessoas, mas agora já nem tem, porque ninguém vai. (Idosa, 71 anos, IB15).</i></p> <p><i>É seria importante, pra participar, pra, a gente também ser, não ser esquecido, né? (Idosa, 78 anos, IB11).</i></p> <p><i>Eu acho importante discutir, uma pensa que nunca é resolvido como deveria ser, eu gostaria muito de sempre participar, mas infelizmente às vezes nem sempre tem o convite. (Idosa, 86 anos, IB12).</i></p> <p><i>Eu acho, até pra tentar coisa melhor para nós, né, por que às vezes o idoso é deixado de lado um pouco, né? Por isso é importante. (Idosa, 72 anos, IB14).</i></p> <p><i>Acho que sim, de forma direta nas questões da política, pronto, na saúde, nas opiniões, sempre é muito importante para melhorar os serviços de saúde para as pessoas. (Idosa, 65 anos, IP1).</i></p> <p><i>Ora, importante é, há muito velhos metidos nisso aí, eu é que não vou. (Idoso, 83 anos, IP3).</i></p> <p><i>Certamente. Não só pela experiência adquirida ao longo dos anos, assim como pelo próprio momento em que participam da sociedade no país em que residem. (Idoso, 67 anos, GB1).</i></p> <p><i>Considero de supra importância, tem que ter voz ativa na decisão, a opinião e a participação deles é muito importante, pois já viveram muito para poder contribuir com as suas opiniões. Sobretudo pelo conhecimento que eles tinham anteriormente. (Adulta, 35 anos, GP1).</i></p>

(continua)

(continuação Quadro 17 – O que pensam os entrevistados sobre a participação dos idosos)

2. A CULTURA DA PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS SOCIEDADES A participação política tem uma interpretação complexa entre os entrevistados. Por um lado, os gestores acreditam que os idosos não querem participar; de outro, os idosos pensam que não há espaço para a participação e poucos se colocaram disponíveis para a participação política. Outras formas de participação foram identificadas nessa categoria: social/comunitária e avaliativa.	
Motivação dos idosos para participar (7)	<p><i>Acho que saúde, né, porque tá muito bagunçado e falta muita coisa, remédio, leite, atendimento, né? Precisa melhorar a saúde, entende? (Idosa, 72 anos, IB14).</i></p> <p><i>Pra mim é, ter uma boa, boa saúde em primeiro lugar, pra mim poder participar de todas as evoluções do município, do estado ou do país, né? (Idoso, 75 anos, IB1).</i></p> <p><i>Eu acho que pela saúde. Eu espero que melhore. (Idosa, 67 anos, IB5).</i></p> <p><i>Eu muitas vezes fui, mas tu tem que ter bastante palavras e quando que a gente não tem muito, não é formada em Direito, tu tem que te encolher, fica difícil. (Idosa, 86 anos, IB12).</i></p> <p><i>Olha, vou te dizer bem sincera, não me motiva muito, sabe, as conversas são sempre enroladas e a mesma coisa, então pra mim eu acho que nunca tem uma solução, faz projeto, faz isso, faz aquilo, mas a coisa nunca anda. (Idosa, 70 anos, IB13).</i></p> <p><i>Eu acho que é uma questão pessoal, eu sempre gostei, sempre me dediquei a liderar, eu gosto, sempre fui assim, não sei ficar parado, pronto, é isso. Quem quer vem, quem não quer não vem, pronto. (Idoso, 69 anos, IP2).</i></p>
Barreiras que os idosos encontram para participar (6)	<p><i>É muito confuso, muito confuso, é um bagunça total, pra mim, né? (Idosa, 86 anos, IB12).</i></p> <p><i>Às vezes o mau tempo, as dores vêm mais fortes, me boto a ficar quietinha em casa, mas não gosto. (Idosa, 77 anos, IP3).</i></p> <p><i>Ihh, as dificuldades são muitas minha senhora, há muita coisa que um idoso precisa passar, (risos), as dores são as principais delas... outra coisa é que os queiram lá... (Idosa, 71 anos, IP7).</i></p> <p><i>O idoso no Brasil não é reconhecido, ao contrário de países mais avançados. Consequentemente, não encontra espaço para atividades naquilo que ele mais tem de melhor: sua experiência. (Idoso, 67 anos, GB1).</i></p> <p><i>Acho que está no desejo ou não de cada um em participar. Mas, há também pouco incentivo para a participação, precisa haver movimento de base para que isso aconteça, se as bases estão enfraquecidas a participação também não acontece. (Idoso, 56 anos, GB2).</i></p> <p><i>As barreiras que eles encontram é que eles mesmos, os idosos, se acham que não servem mais para nada. (Mulher, 52 anos, GB4).</i></p> <p><i>Tem também a questão política...tudo isso é barreira; temos a barreira pessoal de cada um, a barreira política. (Homem, 52 anos, GB3).</i></p>

(continua)

(conclusão Quadro 17 – O que pensam os entrevistados sobre a participação dos idosos)

2. A CULTURA DA PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NAS SOCIEDADES	
A participação política tem uma interpretação complexa entre os entrevistados. Por um lado, os gestores acreditam que os idosos não querem participar; de outro, os idosos pensam que não há espaço para a participação e poucos se colocaram disponíveis para a participação política. Outras formas de participação foram identificadas nessa categoria: social/comunitária e avaliativa.	
Participação social/ comunitária (6)	<p><i>Ah, eu participo, participo de baile, baile gaúcho e tradição [...]. (Idoso, 75 anos, IB1).</i></p> <p><i>Vai ao centro comunitário da Freguesia para jogar dominó com os amigos. (Idoso, 96 anos, IP3).</i></p> <p><i>Eu, mais é aqui no grupo, e eu participo aqui na capela, que a capela é tudo junto, da legião de Maria, e agora nos convidaram para a gente ir lá, para ir lá na Medianeira, um dia por mês, que é no segundo sábado, não, no terceiro sábado de cada mês, nós vamos ficar lá de guardiões lá, na cripta, se chega alguém quer saber alguma coisa, então nós ficamos ali das 2 às 5 horas, eh, e levamos um livro para ler se tem tempo, um chimarrão uma coisa, é uma coisa que a gente se doou né. (Idosa, 76 anos, IB3).</i></p> <p><i>[...] grupo da igreja, o nosso grupo aqui do divino. (Idosa, 78 anos, IB11).</i></p> <p><i>Vai ao Hospital uma vez por semana como voluntária no Programa Amigo Sênior do Hospital de Braga. (Idosa, 65 anos, IP1).</i></p> <p><i>Só aqui na ginástica, e no CRAS que a gente vai que ali a gente tem aula de Pilates e ginastica também. (Idosa, 61 anos, IB6).</i></p> <p><i>Participo da ginastica aqui [...]. (Idosa, 78 anos, IB11).</i></p> <p><i>[...] esporte e aqui na ginastica. Idoso, 80 anos, IB4.</i></p>
Participação Avaliativa (2)	<p><i>É necessário um esforço da equipe para mobilizar as pessoas a fazer sua avaliação, espontaneamente, são poucos que os fazem. (Mulher, 53 anos, GP6).</i></p> <p><i>Olha, disso eu não gosto... um dia, aqui pediram-me para dar uma opinião dos enfermeiros, dos médicos. Eu disse que estava bem, tudo bem. (Idoso, 83 anos, IP3).</i></p>

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos das entrevistas realizadas em 2015 e em 2016.

Para os entrevistados, a participação é um tema relevante e de importância. Há uma maioria de idosos que participam em atividades diversas – sociais, comunitárias, avaliativas – e no quesito da participação política, foco desta pesquisa, foram identificadas as percepções dos idosos e gestores sobre essa questão. Há, sem dúvida alguma, um reconhecimento da importância dessa participação dos idosos nas questões políticas. No entanto, sobretudo nos idosos portugueses, encontrou-se uma resistência para se falar sobre o assunto, dificuldade em se posicionarem, além de terem apontado que, apesar de saberem da relevância, acreditam que é uma atividade destinada somente a algumas pessoas.

Os gestores portugueses também afirmam que pouco se escuta os idosos, apesar de haver espaços para que isso aconteça. Já em relação aos idosos brasileiros, eles identificam a importância da participação política. Alguns se envolvem em associações, mas dizem que não são convidados; aqueles que o foram não se sentiram como participantes dos espaços do Conselho, por exemplo. Esse fato foi identificado também pelo Gestor GB3, para quem a participação dos idosos pode ser uma questão pessoal ou um desestímulo a participar nos espaços existentes.

A OMS, ao publicar a *Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade em Saúde* (OMS, 2004, p. 13), define que “participação é o envolvimento em uma situação de vida”. Para que se efetive essa participação, é necessário que uma série de situações possam ser favoráveis, tais como os fatores contextuais, que podem ser ambientais ou pessoais. Quanto aos fatores ambientais, encontram-se barreiras nos ambientes físicos ou nas atitudes das pessoas. Quanto aos fatores pessoais, centralizam-se no estilo de vida de cada indivíduo, na sua forma e percepção e nas concepções sobre a vida. São esses os dois fatores que despontam como intrínsecos à possibilidade de participação.

Portanto, a participação, nessa perspectiva adotada pela OMS, apesar de ser direito constituído nos documentos dos dois países, é uma dimensão cultural que vai além da oferta das leis e decretos. Há, então, dois pontos principais que se devem destacar. Por um lado, as barreiras dos fatores ambientais, que se encontram numa combinação de situações que podem ser vivenciadas pelos idosos como impedimento de acesso aos ambientes físicos, como a mobilidade urbana (transportes, acessibilidade nos espaços, moradia, localização) e outra dimensão cultural mais subjetiva – as barreiras encontradas pelos idosos nas atitudes das pessoas (no contato com o idoso, na postura, no auxílio às informações, na aceitação). Entretanto, há, também, outra dimensão cultural de extrema importância, gerada internamente por cada indivíduo, nomeada pela OMS (2001) como fator pessoal, ou seja, está centrada na pessoa, de acordo com sua experiência de vida, seus recursos internos para enfrentamentos, sua disposição física, emocional ou cognitiva, e são motivadores ou barreiras para participar de algo que tenha significado para cada sujeito.

Por outro lado, do ponto de vista da dimensão sociológica da participação, já descrita no capítulo 2, a participação cidadã nos assuntos públicos tem como proposta reduzir a distância entre representantes e representados e visa propiciar uma ação política mais igualitária, baseada em grande número de grupos sociais que,

articulados em rede, contribuem para orientar as ações governamentais no sentido de atender às necessidades da maioria dos cidadãos (AGUIAR, 2016; VEDOVATE; DELLORE, 2016).

Mesmo previsto na legislação, os idosos sofrem barreiras e empecilhos para participarem e referem-se aos espaços do Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria como um local onde não entendem do que estão falando ou não se sentem empoderados para falar o que pensam. Tampouco identificam resolutividade nos assuntos abordados no Conselho Municipal:

Eu muitas vezes fui, mas tu tem que ter bastante palavras e quando a gente não tem muito, não é formada em Direito, tu tem que te encolher, fica difícil. É muito confuso, muito confuso, é uma bagunça total, pra mim né? (Idosa, 86 anos, IB12).

Olha, vou te dizer bem sincera, não me motiva muito, sabe, as conversas são sempre enroladas e a mesma coisa, então pra mim eu acho que nunca tem uma solução, faz projeto, faz isso, faz aquilo, mas a coisa nunca anda. (Idosa, 70 anos, IB13).

Para Bernardes e Fraga (2007), não basta ter a compreensão de que os Conselhos Municipais são locais que favorecem a conquista da cidadania, ou seja, a cidadania participativa e representativa, mas que são o esforço do coletivo em dar voz ao idoso. Quando se potencializam esses espaços, dão-se novas formas de cidadania à velhice, abrindo caminhos e caminhando junto ao idoso para viabilizar a sua inserção nesse espaço social vital.

Por outro lado, os fatores pessoais são destaque para esse idoso português, que se posiciona como uma pessoa que sempre gostou de estar e participar: *“Eu acho que é uma questão pessoal, eu sempre gostei, sempre me dediquei a liderar, eu gosto, sempre fui assim, não sei ficar parado, pronto, é isso. Quem quer vem, quem não quer não vem, pronto”* (Idoso, 69 anos, IP2).

Já para essa senhora portuguesa, os fatores pessoais se dividem em dores no corpo e em sua preferência por estar quieta, sem envolvimento com nenhuma ação: *“Às vezes o mau tempo, as dores vêm mais fortes, me boto a ficar quietinha em casa, mas não gosto”* (Idosa, 77 anos, IP3).

No caso dessa outra senhora, também portuguesa, a dificuldade para participar está além de suas dores pessoais, pois há as atitudes de desvalorização daqueles que *“os queiram lá”*: *“Ihh, as dificuldades são muitas, minha senhora, há muita coisa*

que um idoso precisa passar, (risos), as dores são as principais delas... outra coisa é que os queiram lá [...]” (Idosa, 71 anos, IP7).

Portanto, tanto idosos brasileiros como portugueses não se sentem pertencentes aos espaços institucionalizados para a participação deles, quer sejam nos Conselhos no Brasil ou na participação avaliativa dos equipamentos de saúde em Portugal. Conforme analisado nas entrevistas, os idosos identificaram barreiras atitudinais dos que estão na gestão dos processos ou desestímulo por verem pouca efetividade resolutiva das ações propostas nesses espaços. Por outro lado, há aqueles para quem a motivação para participar está inserida no contexto pessoal de cada um, ou seja, o desejo de participar estaria vinculado às questões internas de cada sujeito e que o constituem desde outras fases da sua vida. Assim, a participação seria um processo natural, contido no desejo interno de querer ou não estar presente nas ações discutidas nesses espaços.

Faleiros (2016) explica que a desvalorização do idoso é frequente. As sociedades capitalistas valorizam o trabalho e o consumo, e, nesse sentido, o idoso e a sociedade tendem a vê-lo como inútil ou sem valor. Dessa forma, a desvalorização insere-se tanto na sociedade como em sua própria percepção, como indivíduo menos válido e excluído.

Essa visão é reforçada nas falas dos gestores brasileiros, que também apontam a desvalorização do idoso no país: *“O idoso no Brasil não é reconhecido, ao contrário de países mais avançados. Consequentemente, não encontra espaço para atividades naquilo que ele mais tem de melhor: sua experiência” (Idoso, 67 anos, GB1).*

Esses gestores brasileiros identificam que há barreiras ou motivações pessoais para que os idosos possam participar, além da necessidade de fortalecimento de movimento de base para que haja incentivo à participação, visto que a própria política seria uma barreira a ser enfrentada pelos idosos:

Acho que está no desejo ou não de cada um em participar. Mas, há também pouco incentivo para a participação, precisa haver movimento de base para que isso aconteça, se as bases estão enfraquecidas a participação também não acontece. (Idoso, 56 anos, GB2).

As barreiras que eles encontram é que eles mesmos, os idosos se acham que não servem mais para nada. (Mulher, 52 anos, GB4).

Tem também a questão política... tudo isso é barreira; temos a barreira pessoal de cada um, e a barreira política. (Homem, 52 anos, GB3).

Apesar dessas questões sobre participação estarem presente nas entrevistas com os gestores portugueses, eles não mostraram, em suas falas, se havia algum tipo de barreira ou motivação para que os idosos pudessem participar, talvez por não existir um espaço específico constituído para a participação direta dos idosos na política. Entretanto, conforme já dito anteriormente, a participação é bastante valorizada não por ciclo de vida, mas pelos usuários de saúde em geral, mas essa valorização da participação nos equipamentos de saúde, de maneira a identificar e avaliar a qualidade da oferta do serviço prestado, não é incentivada nem pelos documentos analisados e nem na gestão das tomadas de decisão. No caso dos idosos, eles são ouvidos como usuários para identificar a sua satisfação enquanto clientes do serviço de saúde.

Os movimentos sociais por lutas de classe são praticamente inexistentes em Portugal, talvez herança de um governo de ditadura do passado, contrariamente ao que ocorre no Brasil, onde os movimentos de luta por reconhecimento são constantes. Os movimentos sociais dos idosos no Brasil, segundo Paz (2006), tiveram início nas décadas de 1930/1950, enquanto eram trabalhadores, sendo essas lutas restritas às questões específicas de suas categorias profissionais. Os trabalhadores eram organizados em torno das Caixas de Pecúlio (CAPs) ou Institutos de Previdência Social (IAPs), de acordo com suas profissões. Essa forma de organização respeitava as características de cada profissão e subsidiava também as pensões, os pecúlios, os serviços de assistência e as aposentadorias.

Por volta dos anos 1960, houve a unificação desses institutos, que passaram a ser designados de “sistema previdenciário”: o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que unificou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). Em decorrência dessa união, muitas dificuldades surgiram, inclusive atraso e perdas de proventos, e, devido ao período de ditadura estabelecido no País, calaram-se as vozes dos trabalhadores e, por consequência, dos aposentados. Em 1991, já num país democrático e logo após a Constituição de 1988, que garantia os benefícios de aposentados e pensionistas ao mesmo nível do poder aquisitivo, com o salário mínimo como referência, foi promulgada a Lei nº 8.222, que retirava o direito dos aposentados ao referido ajuste dos trabalhadores, de 147,06%.

A mobilização dos aposentados, pensionistas e demais beneficiários da Previdência Social por meio de suas organizações, a ampla repercussão da mídia e a

atuação decisiva do Judiciário tornaram possível a vitória do chamado “Movimento dos 147%”. “A luta pelos 147%”, como ficou popularmente conhecida, tornou visível as questões da velhice e do envelhecimento humano no país, bem como a mobilização dos trabalhadores aposentados. Em decorrência disso, percebeu-se a velhice como uma categoria construída socialmente e as mazelas sofridas pelos trabalhadores aposentados brasileiros (ALVARENGA, 2006; SIMÕES, 2000).

Por sua vez, Portugal tem como destaque, em seus documentos, a participação avaliativa, mas apenas um gestor português a cita, indicando que a equipe precisa reforçar o convite para a participação: *“É necessário um esforço da equipe para mobilizar as pessoas a fazer a sua avaliação. Espontaneamente, são poucos que os fazem”* (Mulher, 53 anos, GP6).

Identifica-se, na fala de um idoso português, uma clareza na questão cultural pessoal de não querer opinar: *“Olha, disso eu não gosto... um dia, aqui pediram-me para dar uma opinião sobre os enfermeiros e sobre os médicos. Eu disse que estava bem, tudo bem”* (Idoso, 83 anos, IP3).

Logo, o espaço para a participação avaliativa é também um espaço de conflito. De um lado, a equipe incentiva-os a participar e, de outro, os idosos o fazem por obrigação, apenas quando solicitados.

Outra questão cultural identificada é a relação de confiança, declarada pelo senhor que lidera uma Associação de Reformados de Portugal:

Sim, sim importante demais, mas há muita dificuldade para que isso aconteça. Veja, eu venho cá todas as manhãs, passo aqui a resolver algumas coisinhas, e não vem ninguém bater na porta... ninguém vem dizer do que precisa... quando chamo para reunião, há uns gatos pingados que aparecem, mas nem sempre vêm. Pra quê? Não querem falar, nada dizem, mas estão sempre a reclamar pelos cantos uns com os outros. Cá as pessoas não confiam umas nas outras, essa é a verdade. ...acostumaram-se assim, pois... isso não se muda de uma hora para outra, não é? (Idoso, 72 anos, IP13).

Quanto à percepção sobre a participação política, subcategoria presente em 17 entrevistas, a questão cultural da participação se evidencia nas seguintes falas:

Ainda temos uma cultura não muito participativa, pois temos que impulsionar esta participação enquanto formuladores ou nós que estamos envolvidos diretamente com o assunto. Estimular a participação é um grande desafio de todo o gestor, pois tem que querer muito que isso aconteça, ter uma visão real do que se propõe nas ações democráticas e. isso não é, muitas vezes vista do ponto de visto público, assim, de interesse. (Idosa, 63 anos, GB6).

Se são para os idosos, eles têm que participar, pois... mas nem sempre querem eles. Os idosos não querem isso, mas também não sei se os querem. (Idosa, 69 anos, IP11).

Em casa sou capaz de dar à língua. Em casa dou, mas fora não dou. (Idoso, 79 anos, IP10).

Sim, pois... mas há muitos que vão, há muitos idosos na política cá em Portugal, estão aí... mas eu não vou, eu é que não vou, isso é com eles lá. (Idosa, 72 anos, IP12).

Segundo Shirky (2012, p. 32), a participação não é um ritual que se reserva para os “grandes momentos”, e sim “um modo de vida” que permite resolver, favoravelmente, a tensão sempre existente entre o individual e o coletivo, a pessoa e o grupo, na organização. Para o autor, uma gestão participativa pressupõe a existência de um espaço real de autonomia e o reconhecimento das diferentes competências e atribuições dos atores organizacionais. Por isso, a participação deve ser vista como um processo permanente de estabelecimento de um equilíbrio dinâmico entre todas as partes envolvidas, de forma a que todos possam se sentir pertinentes no processo.

A gestora portuguesa GP1 identifica que há responsabilidade dos gestores em facilitar a participação e criar espaços para que se concretizem as ações participativas:

A princípio acho que eles não participam, sinceramente. Acho que não os deixam participar, há uns que está bem ou está mal, não participam. Nós técnicos e políticos temos que apoiar e incentivar as participações deles, mas na maioria das vezes eles não participam. Acho que falta incentivo para que participem mais. Já estão acostumados a não serem ouvidos então, a responsabilidade é nossa no terreno de os provocar a falar o que pensam. (Mulher 36 anos, GP1).

Portanto, apesar da identificação da importância da participação dos idosos nos processos de tomada de decisões por quase todos os entrevistados, identificou-se que há um hiato entre perceber essa importância e concretizá-la efetivamente. Isso se nota nas falas dos idosos, que não querem participar, ou na fala dos gestores, que não criam espaços adequados para que isso aconteça.

De fato, Shirky (2012) descreve que a cultura da participação deve ser um valor essencial para orientar todas as práticas organizacionais. Desse modo, o gestor deve se colocar mais como um coordenador/colaborador para a equipe do que como um superior hierárquico. Destaca, também, que as pessoas se envolvem em projetos que

valorizam a sua opinião e dão voz e ação àquilo que pensam, fortalecendo vínculos e estabelecendo laços de confiança.

A relação de confiança entre os portugueses tem sido apontada por Serapioni e Matos (2014) como um dos grandes problemas na consolidação da participação dos usuários em saúde. Como já destacado anteriormente, a formalização da participação dos usuários de saúde em Portugal insere-se via Associações de doentes, nomeadamente os Coletivos Sociais de Saúde (CSS). As poucas adesões nas associações enfraquecem a representatividade dos idosos em termos políticos.

Para Santos (2006), a introdução de mecanismos participativos é de extrema necessidade, visto que os espaços nos quais a cidadania pode ser exercida são influenciados, por um lado, pelo controle do Estado e, por outro, pelas organizações não estatais. Dessa forma, o cidadão pode estar vulnerável às decisões, nem sempre baseadas em sua necessidade, mas no que se identifica como o que é bom para ele, promovendo uma ação verticalizada dos gestores para os idosos, nesse caso.

Quando se identificam as atividades de participação social ou comunitária, tanto os idosos portugueses como os brasileiros ressaltam que as atividades de dança e os jogos de interação são os preferidos para ambos:

Ah, eu participo, participo de baile, baile gaúcho e tradição [...]. (Idoso, 75 anos, IB1).

Vou ao centro comunitário da Freguesia para jogar dominó com os amigos. (Idoso, 96 anos, IP3).

Outras atividades são a ginástica e as ações participativas sociais e comunitárias, culturalmente vinculadas ao ser velho: cuidar da saúde e ir a bailes. “*Só aqui na ginástica, e no CRAS que a gente vai, pois ali a gente tem aula de Pilates e ginástica também*” (Idosa, 61 anos, IB6).

Segundo Deponti e Acosta (2010), as atividades físicas são, para os idosos, uma forma de distração, preenchendo as necessidades cotidianas e oportunizando a interação social entre os praticantes.

As atividades são de escolha pessoal para os idosos e deveriam ser oportunizadas nos espaços instituídos para eles com as mais diversas modalidades de ações, para que possam se inserir na que lhes agrada mais, promovendo um envelhecimento ativo e saudável, conforme orienta a OMS (2004).

Já outros idosos preferem se dedicar a participar de algum tipo de ação voluntária:

[...] nós vamos ficar lá de guardiões lá, na cripta, se chega alguém quer saber alguma coisa, então nós ficamos ali das 2 às 5 horas, é e levamos um livro para ler se tem tempo, um chimarrão uma coisa, é uma coisa que a gente se doou, né? (Idosa, 76 anos, IB3).

[...] grupo da igreja, o nosso grupo aqui do divino. (Idosa, 78 anos, IB11).

Vou ao Hospital uma vez por semana como voluntária no Programa Amigo Sênior do Hospital de Braga. (Idosa, 65 anos, IP1).

Sousa e Lautert (2011) sugerem que a atuação do trabalho voluntário é como um mecanismo promotor da qualidade de vida para os idosos voluntários. Ademais, acreditam que a prevalência de mulheres envolvidas com o voluntariado esteja relacionada com a cultura de gênero presente nas sociedades. Assim, para elas, fazer o bem pode representar a ocupação com algo além do mundo privado, com utilidade pública e legitimidade social: uma oportunidade para se sentirem valorizadas.

No entanto, as atividades voluntárias para os idosos deveriam ser parte integrante na sociedade, não apenas atividades ligadas à religiosidade ou à benevolência do cuidado ao outro, mas em ações laborativas condizentes com o grau de envolvimento do idoso com o trabalho e com as suas preferências, como desenvolvendo cargos administrativos voluntários em empresas e comércios, por exemplo. Entretanto, para que essas mudanças ocorram, é necessário que os idosos façam parte de associações e conselhos para poderem contribuir com as transformações e que os gestores estejam atentos a isso.

Quanto à participação das idosas para as tomadas de decisões no campo das políticas públicas, será apresentada no item “5.3.5. Percepção sobre a participação por gênero”, pois se trata de uma categoria de destaque para a discussão realizada neste estudo.

Para se efetivar a participação, é necessário que os espaços sejam criados de forma a facilitar a interação entre todos, sendo administrados pelos gestores, que facilitam ou não essa interação. Dessa forma, apresenta-se, no próximo item, a percepção que os idosos e os próprios gestores têm sobre a gestão política.

5.3.3 A percepção sobre a gestão pública

A gestão pública, apesar de ser normativa, é caracterizada por ações subjetivas daquele que a gere. No caso das políticas de saúde, Cecílio e Mehry (2003, p. 199) afirmam que:

[...] o denominado “sistema de saúde” é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora.

Portanto, as variáveis que se atravessam nas relações de gestão são inúmeras e podem ser interpretadas de maneiras diversas pelos distintos atores envolvidos direta ou indiretamente no processo. Assim sendo, essa categoria resultou nas seguintes subcategorias: relação de confiança com a gestão pública; consciência política; falta de prioridade para as políticas do idoso; intersectorialidade; programas implantados após 2002; falta de recursos financeiros e humanos; e burocracia dos processos. No Quadro 18, elenca-se a categoria “gestão pública” e as subcategorias encontradas nas entrevistas.

Quadro 18 – A percepção dos entrevistados sobre a gestão pública

3. PERCEPÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA	
Portugueses e brasileiros têm interpretações diferentes para a gestão pública. A intersectorialidade é vista, pelos portugueses, como uma boa alternativa para melhores resultados da gestão pública. O descaso e falta de verbas são apontados como condições ruins de uma gestão pública.	
Relação de confiança com a gestão pública (13)	<p><i>Eu cá fico muito caladinho com as minhas opiniões sobre isso. Há muita coisa boa e muita, mais muito mais ruins, não digo nada não. (Idoso, 77 anos, IP6).</i></p> <p><i>Não, não... isso não se fala muito por aqui. Eles é que sabem. O que sei é que o serviço de saúde já foi ruim, muito mesmo, agora está muito melhor, as pessoas têm o seu médico de família, tem as suas consultas. Ainda se paga caro pelos remédios, há dificuldades para se tê-los, mas não posso me queixar, pois não? (Idosa, 77 anos, IP9).</i></p> <p><i>[...] há muita confusão por aí, não me meto com isso... não gosto... pronto... eles que gostam, que façam. (Idosa, 69 anos, IP11).</i></p> <p><i>No meu tempo disso não se falava, senhora, era proibido, me acostumei a isso. (Idosa, 71 anos, IP12.)</i></p>

(continuação Quadro 18 – A percepção dos entrevistados sobre a gestão pública) (continua)

3. PERCEPÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA	
Portugueses e brasileiros têm interpretações diferentes para a gestão pública. A intersectorialidade é vista, pelos portugueses, como uma boa alternativa para melhores resultados da gestão pública. O descaso e falta de verbas são apontados como condições ruins de uma gestão pública.	
Relação de confiança com a gestão pública (13)	<i>[...] tá tudo assim, eles é quem sabem dessas coisas [...]. (Idosa, 68 anos, IP13).</i>

	<p><i>Olha eu não só, nem gosto muito de falar em política, por que a gente é bastante antigo, morava para o interior, não via nada disso, agora que a gente tá velho que a gente vê tantas coisas que não devia de ser assim, né? Então a gente ouve, mas não pode discutir também, não pode fazer nada, não sabe, não vai discutir, né? (Idosa, 76 anos, IB3).</i></p> <p><i>Eu acho que a entrada na EU foi um avanço para Portugal, Portugal vai no arrasto dos outros países... A maior parte dessas medidas são réplicas daquilo que os outros países têm feito em relação a quase tudo que está na Comunidade Europeia. Tem sido um processo evolutivo muito gradualmente e o governo tem uma tendência a acolher cada vez mais a participação da comunidade, acho que estamos crescendo. (Mulher, 41 anos, GP2).</i></p> <p><i>[...] em relação a Portugal foi substancial, foi precisamente nos governos ligados ao partido socialista e que evoluiu o nosso SNS que foi o melhor na Europa. (Idoso, 81 anos, GP3).</i></p> <p><i>Vejo que Portugal tem um bom serviço, mas face à demografia, não sei se deverá ser reformulado. Haverá de ser revisto com certeza. (Idoso, 81 anos, GP3).</i></p> <p><i>Acho que esse sistema é bom, claro que temos instituições fortes que representam os idosos, os idosos confiam nas misericórdias e nas suas respostas. (Idoso, 81 anos, GP3).</i></p> <p><i>Às vezes oiço umas coisinhas lá, outras cá, mas não se pode confiar no que fazem ou no que dizem. (Idoso, 83 anos, IP3).</i></p> <p><i>...é melhor ficar quietinha, se fingir de surda e cega. (Idosa, 77 anos, IP4).</i></p>
Consciência política (9)	<p><i>Na verdade, nós vivemos numa política, né, nós sermos políticos, todos nós, né? (Idoso, 80 anos, IB4).</i></p> <p><i>Então uma coisa que a gente pode informar a gente informa, né, então de alguma maneira a gente tá atenta, a gente tá sempre lendo o jornal, a gente tá sempre vendo o que tá acontecendo, não estamos lá dentro, mas a gente está a par. (Idosa, 73 anos, IB5).</i></p> <p><i>Diz que nós temos que ir pedir à Câmara, para fazer certas melhorias, mas a própria nunca o faz, porque um sozinho não dá. Dá é muitos. Como quando nós vamos votar para o Ministro, temos que ser sempre muitos a votar que é para ver. Só um não chega. (Idoso, 79 anos, IP10).</i></p> <p><i>Muitos assuntos saem das ideias das pessoas que vão à Câmara, que tem uma coisa boa: todos os meses têm um dia, em que está aberto ao público uma sessão camarária e o indivíduo que tem um problema, vai lá e conversa com o presidente para lhe dar solução. Mas há muita gente que não sabe que a Câmara tem esse dia para isso. (Idoso, 77 anos, IP13).</i></p>

(continua)

(continuação Quadro 18 – A percepção dos entrevistados sobre a gestão pública)

3. PERCEÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA	
Portugueses e brasileiros têm interpretações diferentes para a gestão pública. A intersetorialidade é vista, pelos portugueses, como uma boa alternativa para melhores resultados da gestão pública. O descaso e falta de verbas são apontados como condições ruins de uma gestão pública.	
Consciência política (9)	<p><i>Mas a não frequência dos idosos no conselho, acho que falta uma divulgação mesmo, eu acho que a maioria pensa que o Comid é só para cuidar dos asilados e não vão. Falta incrementar um novo tipo de cultura. Introduzir uma campanha publicitária. Acho que essa é a visão, uma campanha poderia ajudar a tirar isso deles ...se eu conseguisse fazer seria isso... dar visibilidade para o Conselho, mas não conseguimos fazer isso ainda em dificuldade de termos verbas. (Homem, 52 anos, GB3).</i></p> <p><i>Eu disse há poucos dias, numa mesa de eleições, que eu não preciso mais votar, e eles não, mas tu tem que votar, eu nasci nesse Brasil, eu me criei nesse Brasil, eu me formei nesse Brasil, eu venci nesse Brasil, e eu quero deixar esse país do jeito que eu venci para os meus filhos, para os meus netos e tal, livres e independentes para que cada ser humano possa fazer o que ele quer. (Idoso, 80 anos, IB9).</i></p> <p><i>Sim, é importante, são os idosos que sabem o que é bom para si, não os outros. (Idosa, 77 anos, IP4).</i></p> <p><i>Sim, a opinião dos mais velhos deve ser sempre respeitada, o que é bom para as pessoas só as pessoas sabem, pois [...]. (Idosa, 71 anos, IP7).</i></p> <p><i>Eu acho que sim, que devia de haver quem fizesse, quem se unisse e fizesse qualquer coisa por isso. Mas eu não, não me metia nisso. Não dou para isso. (Idoso, 76 anos, IP8).</i></p>
Descaso e falta de prioridade para as políticas do idoso (6)	<p><i>Mas, é uma caminhada de um passo para a frente e outros dois para trás, mas não desistimos. Vou lhe dar um exemplo: os programas, me fugiu o termo, os programas sociais são voltados mais para crianças e adolescentes, o idoso é esquecido. Inclusive se você vai pegar um orçamento da secretaria em ações voltadas para criança e adolescente e uma verba irrisória para o idoso. (Homem, 52 anos, GB3).</i></p> <p><i>O que faz funcionar tudo, são as pessoas. (Mulher, 52 anos, GB4).</i></p> <p><i>A gente no conselho tem uma ação que é averiguar os lares de idosos, mas a gente não consegue fazer, mas não conseguimos conciliar todos os profissionais que precisam para fazer a visita. (Homem, 52 anos, GB3).</i></p> <p><i>[...] e até a gente fez um abaixo-assinado, para pedir para os políticos, que era, quando foi feito aquilo ali, a promessa foi do prefeito que seria direcionado ao idoso, que o idoso entrando lá teria todo o tipo de acompanhamento que precisasse, quando foi inaugurado, infelizmente não foi o que a gente viu. Então não temos, continuamos não tendo um centro que seria só para a gente. (Idosa, 61 anos, IB6).</i></p> <p><i>Há dias na Câmara em que se abre a toda gente para dar as suas ideias, opiniões ao Presidente, aos vereadores. Mas, eu já fui, fui bem recebida pelo Presidente e ele ouviu-me, mas disse-me que não era possível fazer nada naquele momento, pois tinham situações mais importantes para serem resolvidas e que aquilo não era da candidatura dele. (Idosa, 77 anos, IP9).</i></p>

(continua)

(continuação Quadro 18 – A percepção dos entrevistados sobre a gestão pública)

3. PERCEPÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA	
Portugueses e brasileiros têm interpretações diferentes para a gestão pública. A intersectorialidade é vista, pelos portugueses, como uma boa alternativa para melhores resultados da gestão pública. O descaso e falta de verbas são apontados como condições ruins de uma gestão pública.	
Intersetorialidade (6)	<p><i>As necessidades dos idosos são representadas pelas instituições, no caso das misericórdias é a direção das misericórdias, portanto, são eles que transmitem ao próprio governo, ou, por exemplo, a rede de cuidados continuados nasceu das propostas das misericórdias, não foram os idosos que pensaram ou propuseram. (Idoso, 81 anos, GP3).</i></p> <p><i>São as instituições que representam os idosos. Serem ouvidos diretamente no governo? Não são. Serem representados no parlamento? Não são. (Idoso, 81 anos, GP3).</i></p> <p><i>O SNS estabelece uma contratualização com o setor privado e os restantes serviços são complementares à população. (Homem, 62 anos, GP4).</i></p> <p><i>Saúde e social andam juntos, então há muitas parcerias sendo feitas, que se chamam parcerias público-privadas, onde as instituições privadas podem se associar ao público para dar respostas mais rápidas à sociedade. Isso tem funcionado muito bem. Por exemplo, com as misericórdias que oferecem os seus espaços para Centros de Convivência. (Mulher, 53 anos, GP6).</i></p> <p><i>Na hora da política falam tudo que é uma maravilha, às vezes uma que nem é político, vai aprendendo com os outros, fala tanto que ele nem sabe o compromisso que ele vai pegar dali pra diante, e depois fazer, não depende só dele. (Idosa, 76 anos, IB3).</i></p> <p><i>Além das ações próprias aos serviços de saúde e coerente com a ideia da transdisciplinaridade, há a necessidade de ser estimulada uma prática política de gestão intersectorial. Dessa maneira, seria possível uma articulação/integração entre diferentes políticas públicas visando a promoção da saúde das pessoas idosas... Este, talvez, seja o maior desafio que as políticas públicas enfrentam, dada a cultura de compartimentalização e interesses políticos setoriais muito imediatos. (Homem, 56 anos, GB2).</i></p>
Programas implantados após 2002 (5)	<p><i>Olha, mas olha o que... que foi, se fizeram alguma coisa foi isso aí de ajudar a terceira idade de ter estas ginásticas, de ter a hidro. (Idosa, 78 anos, IB11).</i></p> <p><i>Nos últimos 10 anos, melhorou muito, há mais médicos que servem à população, os hospitais melhoraram, há muitas casas para idosos e muitos serviços que atendem os idosos. Eu vejo isso, que melhorou muito, sim. (Idosa, 65 anos, IP1).</i></p> <p><i>Sim, melhorou muito mesmo... há muito por fazer, os idosos estão sós, estão a morrer sozinhos, se matam de solidão...há muito por fazer. Deviam haver mais remédios para as tristezas. (Idoso, 77 anos, IP6).</i></p> <p><i>A Prefeitura tenta fazer alguma coisa, a secretaria de saúde, por exemplo, está conseguindo fazer alguma coisa, agora o idoso pode marcar consulta por telefone, não precisa vir para a fila que tinha que chegar de madrugada, ficar ali até ser atendido. (Idosa, 71 anos, IB15).</i></p> <p><i>Que eu saiba nenhum, nenhuma ação. (Idoso, 75 anos, IB1).</i></p> <p><i>A menina não é daqui, não sabe. Antigamente as pessoas curavam-se lá com os padres, com reza, era isso... tudo largado por aí... iam para as misericórdias para morrer. Não tinha jeito. Isso tudo melhorou, sim senhora, há muito para ficar bom ainda, mas cá eu gosto muito do meu doutor, muito bom. (Idosa, 73 anos, IP8).</i></p>

(conclusão Quadro 18 – A percepção dos entrevistados sobre a gestão pública)

3. PERCEPÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA	
Portugueses e brasileiros têm interpretações diferentes para a gestão pública. A intersetorialidade é vista, pelos portugueses, como uma boa alternativa para melhores resultados da gestão pública. O descaso e falta de verbas são apontados como condições ruins de uma gestão pública.	
Falta de recursos financeiros e humanos (4)	<p><i>Olha, eu acredito que a gestão política pode ser um entrave se ela não for sensível para as questões do idoso, às vezes as questões econômicas que o país e o estado se encontram, também podem trazer empecilho sabe... tu tem uma ação a ser designada de repente, por falta de verba, não consegue colocar em prática, isso acontece em muitos municípios, a verba vem num montante para saúde, e não diretamente para o idoso, entende? Isso atrapalha o andamento das políticas. (Idosa, 63 anos, GB6).</i></p> <p><i>[...] não tem dinheiro, são mal pagos os médicos, como é que eles vão dar assistência, então o mundo inteiro está mal situado em relação a humanidade toda, eu acho que nós estamos deteriorando a espécie humana. (Idoso, 80 anos, IB9).</i></p> <p><i>[...] a gente tem muita coisa no Brasil né? No papel, mas na verdade nem o papel está claro, por exemplo, de onde viria os recursos? Como atrelar o recurso à saúde do idoso, não tem, ela não tem, de modo nenhum, pode buscar, tu não acha lá... então, toda a proposta no papel é bacana mas tem que ter lá, sabe, de onde virá o recurso para isso, porque não tem, mas se tu vê no da criança tem, da mulher, para gestante, tem... por exemplo, tem lá que terá que ter 7 consultas no pré-natal, isso fica transparente, objetivo então as prefeituras sabem lidar melhor, os gestores sabem lidar melhor, com objetividade, uns até querem fazer alguma coisa, mas teria que ser algo mais objetivo e menos generalizado. (Mulher, 36 anos, GB5).</i></p> <p><i>Bem, quando a gente vai fazer uma ação, então, tipo uma programação do idoso, os municípios acabam por priorizar uma ação ou outra, por falta de recursos humanos ou mesmo por falta de verbas, eles acabam fazendo o de maior visibilidade, por exemplo, Outubro Rosa, etc., e quando você vai tentar uma parceria, assim ó, eles querem algo que tenha mais visibilidade, como esses aí, e tem uma sobreposição de coisas que as pessoas assumem, né? (Mulher, 36 anos, GB5).</i></p>
Burocracia dos processos(2)	<p><i>Tinha que ser por uma associação, para poder fugir da burocracia e da política que ora apoia e ora não apoia, enfim..., mas a prefeitura achou que o espaço deveria ser partilhado pelas diversas secretarias e se manter com ela, e deu um dia para cada um, com uso dos espaços limitados para cada um, daí ficou um lugar descaracterizado, entende? (Homem, 52 anos, GB3).</i></p> <p><i>Não adianta fazer a política do remédio de graça, se depois não tem a dita receita. Eu cuido a mãe e faz 4 meses que ela tá sem a medicação por que ela não consegue a ficha por que tem que pegar a receita do médico, faz 4 meses. (Idosa, 61 anos, IB6).</i></p>

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos das entrevistas realizadas em 2015 e em 2016.

Na categoria “percepção da gestão política”, encontraram-se as seguintes subcategorias: relação de confiança com a gestão pública, consciência política, descaso e falta de prioridade para as políticas do idoso, intersetorialidade, falta de recursos financeiros e humanos, burocracia dos processos e programas implantados.

A subcategoria “relação de confiança” com a gestão pública foi encontrada em treze entrevistas e em cinco gestores portugueses, que atribuíram uma relação de confiança essencialmente ao vínculo de Portugal com a União Europeia e ao fortalecimento do SNS.

Eu acho que a entrada na EU foi um avanço para Portugal. Portugal vai no arrasto dos outros países... A maior parte dessas medidas são réplicas daquilo que os outros países têm feito em relação a quase tudo que está na Comunidade Europeia. Tem sido um processo evolutivo muito gradualmente e o governo tem uma tendência a acolher cada vez mais a participação da comunidade. Acho que estamos crescendo. (Mulher, 41 anos, GP2).

[...] em relação a Portugal foi substancial, foi precisamente nos governos ligados ao partido socialista é que evoluiu o nosso SNS que foi o melhor na Europa. [...] vejo que Portugal tem um bom serviço, mas face à demografia, não sei se deverá ser reformulado. Terá de ser revisto com certeza. [...] acho que este sistema é bom. Claro que temos instituições fortes que representam os idosos, e os idosos confiam nas misericórdias e nas suas respostas. (Idoso, 81 anos, GP3).

De fato, para Sousa (2009), a entrada de Portugal na UE, em 1986, permitiu o acesso a financiamentos europeus para o desenvolvimento de infraestruturas sociais e econômicas, onde se incluiu a saúde. Tornou-se possível a expansão de instalações e equipamentos do SNS e foi assegurada uma proporção crescente da riqueza do país destinada à área da saúde.

Por outro lado, a relação de confiança com a gestão política no Brasil encontra-se extremamente abalada. Nesse caso, a idosa brasileira aponta que é importante os idosos estarem presentes nas decisões políticas, pois não há confiança na representatividade dos políticos eleitos:

Eu acho muito importante isso, por que os, tem muitos que tem muita experiência e é uma coisa que não é levada a sério. Eles têm que tomar mais a frente pra eles poderem levar mais adiante algumas coisas por que aqui o Brasil o que que tá, tu vê, tu vê, botam esse políticos lá, esses políticos lá o que que eles fazem, é encher os bolsos deles, e se esquece de tudo. (Idosa, 62 anos, IB2).

A falta de confiança na gestão política é a tônica das discussões recentes no Brasil. Não que seja um tema novo, já que a corrupção ou a falta de confiança nos que representam os brasileiros politicamente são históricas no país (POWER; TAYLOR, 2011). Essa é uma questão que vem se intensificando nos últimos meses no Brasil e que impõe direcionamentos contrários aos acordos assinados em 2002, com a ONU, no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Assim, a

população brasileira envelhece sem ter alcançado a estabilidade econômica esperada e atualmente ameaçada pela insegurança quanto às propostas de reforma da previdência, limite de gastos públicos e outros assuntos que afetam diretamente a saúde dos idosos no país.

Para Bonavides (2000), se os partidos políticos não buscam recuperar a confiança perdida do povo, correrão o sério risco de ter o sistema político rechaçado como um todo com consequências nefastas, graves e imprevisíveis. Portanto, nesse momento, a instabilidade política e, principalmente, a insegurança frente à corrupção enfraquecem as instituições e refletem-se diretamente na confiança da população em um futuro melhor.

Quanto aos idosos portugueses entrevistados, não se encontrou qualquer expressão de descontentamento específico com a gestão. Pelo contrário, há um reconhecimento de que a saúde melhorou na última década:

Nos últimos 10 anos melhorou muito. Há mais médicos que servem a população e os hospitais melhoraram. Há muitas casas para idosos e muitos serviços que atendem os idosos. Eu vejo isso, que melhorou muito, sim. (Idosa, 65 anos, IP1).

Ou referem-se a tempos mais distantes, quando a saúde não era responsabilidade do Estado:

A menina não é daqui, não sabe. Antigamente as pessoas curavam-se lá com os padres, com reza, era isso... tudo largado por aí... iam para as misericórdias para morrer. Não tinha jeito. Isso tudo melhorou, sim senhora, há muito para ficar bom ainda, mas cá eu gosto muito do meu doutor, muito bom. (Idoso, 78 anos, IP8).

Portanto, vê-se aqui um ponto fundamental distinto quanto à visão da gestão pública essencialmente entre os idosos portugueses e os brasileiros. A produção do cuidado de saúde está centrada nos equipamentos de saúde. É lá que o usuário identifica o bom atendimento ou não e percebe se há uma boa gestão dos serviços públicos ofertados diretamente a ele. Dessa forma, encontram-se distanciamentos importantes entre a saúde brasileira e a portuguesa, conforme já descrito no capítulo dois. No entanto, cabe aqui ressaltar algumas discussões sobre o assunto e que podem embasar as falas dos idosos de ambos os países em relação à gestão pública da saúde.

Em Portugal, na Portaria nº 159/2012, de 22 de maio, definiram-se as competências específicas do Departamento da Qualidade na Saúde, estabelecendo a necessidade de “Gerir os sistemas de monitorização e percepção da qualidade dos serviços pelos utentes [...], e promover a avaliação sistemática da satisfação”. Dessa forma, esse departamento do Ministério de Saúde português busca, através de inquéritos, investigar a satisfação dos portugueses quanto aos serviços de saúde prestados. A última análise realizada foi em 2015, com entrevistas a 2.300 usuários dos serviços de saúde. Dentre muitas perguntas, o relatório questiona a respeito da opinião geral sobre o funcionamento do Sistema de Saúde Português. Constatou-se que 43% dos usuários afirmaram que o sistema de saúde funciona bem ou necessita de pequenos ajustes. Apesar desse tema não ser desenvolvido nesta tese, a interpretação subjetiva da pesquisadora identifica que se trata de um dado real e muito próximo daquilo que os entrevistados afirmam dizer sobre a sua satisfação com os serviços de saúde, ao contrário das impressões com os entrevistados brasileiros.

Isso pode ser identificado na subcategoria dos “programas implantados após 2002”, ou seja, os idosos portugueses identificam a melhoria dos serviços em saúde prestados à população: *“Nos últimos 10 anos melhorou muito. Há mais médicos que servem a população, os hospitais melhoraram, há muitas casas para idosos e muitos serviços que atendem os idosos. Eu vejo isso, que melhorou muito, sim”* (Idosa, 65 anos, IP1).

E também fazem críticas com pedidos a melhorias, principalmente no que se refere à saúde mental: *“Sim, melhorou muito mesmo... há muito por fazer. Os idosos estão sós, estão a morrer sozinhos, se matam de solidão... há muito por fazer. Deviam haver mais remédios para as tristezas”* (Idoso, 77 anos, IP6).

Em Portugal, estudo realizado por Ramalheira (2010) sobre os suicídios no país chegou à conclusão de que 50% deles foram praticados por pessoas com 65 ou mais. Ainda, associou-os ao alto índice de isolamento social e ao distanciamento familiar, já que, nos diversos momentos de crise econômica, os poucos filhos migram para outros países em busca de oportunidades de emprego. Concluiu que a crise econômica afeta sensivelmente a população idosa portuguesa e que há fragilidades no plano de saúde, que precisa de ser revisto para amparar essa questão vinculada à linha de cuidado em saúde mental.

No Brasil, não houve uma identificação positiva em relação às ações realizadas, a não ser uma ação local, na qual foi permitido aos idosos fazerem

marcação de consulta por telefone, poupando-os às filas para agendar atendimento médico:

A Prefeitura tenta fazer alguma coisa, a secretaria de saúde, por exemplo, está conseguindo fazer alguma, coisa, agora o idoso pode marcar consulta por telefone, não precisa vir para a fila que tinha que chegar de madrugada, ficar ali até ser atendido. (Idosa, 71 anos, IB15).

Cecílio e Merhy (2003) referem que gestores, assim como as demais pessoas envolvidas com a gestão em saúde, enfrentam diariamente decisões que têm de ser tomadas e escolhas a serem feitas que inevitavelmente convertem-se em normas e desenhos institucionais e em atos e práticas concretas. São elas que produzem a realidade social e é a partir delas que as instituições de saúde adquirem vida e materializam o direito à saúde. São as pequenas ou grandes escolhas que podem tornar a concepção do sistema de saúde num modelo frágil e deficitário ou forte e com boas respostas.

Dessa forma, mesmo um sistema de saúde sendo organizado, definido por normas de funcionamento, protocolos e programas, são as pessoas que, em suas diferentes inserções, implicações e perspectivas, são autoras do desenho institucional e do seu fluxo singular em cada situação e contexto. Baremlitt (2002), também expõe, em sua análise sobre a função e o funcionamento institucional, a questão da constituição pessoal de cada pessoa, que vai dando sentido às normatizações e aos funcionamentos institucionais. Por isso, uma das gestoras brasileiras entrevistadas afirma que: “*O que faz funcionar tudo, são as pessoas*” (Mulher, 52 anos, GB4).

Esse é um aspecto que coloca desafios à gestão em qualquer contexto, mas, principalmente, nas intervenções em saúde, que dependem da construção de relações fortalecidas e de tecnologias leves (MERHY, 2005). A esses desafios não cabe apenas uma resposta, segundo a normatização do processo de trabalho, tampouco se pode deixar de levar em conta fatores externos, que influenciam na questão da gestão em saúde, como recursos financeiros, investimentos em infraestrutura e condições de trabalho, que não podem ser mediados por decisões isoladas de um gestor. Segundo Cecílio e Merhy (2003), essas são questões que influenciam demasiadamente os processos de avaliação do usuário dos serviços públicos de saúde e que devem ser consideradas nessa análise. Um dos gestores brasileiros evidencia essa questão na sua entrevista:

Mas, é uma caminhada de um passo para frente e outros dois para trás, mas não desistimos. Vou lhe dar um exemplo: os programas, me fugiu o termo, os programas sociais são voltados mais para crianças e adolescentes, o idoso é esquecido. Inclusive se você vai pegar um orçamento da secretaria em ações voltadas para criança e adolescente e uma verba irrisória para o idoso. (Homem, 52 anos, GB3).

Por outro lado, para Santos et al. (2015), Portugal apresenta o sucesso da boa avaliação da oferta dos seus serviços graças, entre outros aspetos, ao sistema informatizado e integrado de marcação de consulta, com uma diversidade de ferramentas: agendamento com hora marcada, agendas abertas para as intercorrências agudas e a presença de médicos e enfermeiros em todos os dias e turnos de funcionamento. São as Unidades de Saúde Familiares o serviço de entrada preferencial, com tempos de espera na recepção adequados e, aparentemente, sem formação de filas. Esse sistema também contribui para que as listas de usuários sejam diversificadas, ou seja, formadas por pessoas de distintas classes sociais, porque o acesso a essas unidades é universal.

A subcategoria do “descaso e falta de prioridade política” foi destaque nas entrevistas de gestores e idosos, essencialmente nos brasileiros. Portanto, tanto os gestores como os idosos brasileiros desse grupo de entrevistados não se apresentaram satisfeitos com a gestão política para os idosos, conforme falas desses gestores:

O desrespeito está nas instâncias políticas, desvalorização do idosos é em todas as instâncias. Então, temos que fazer a nossa parte, temos que atingir um maior número de pessoas. (Homem, 52 anos, GB3).

Estive por muito tempo na política de gestão estadual do idoso, organizamos muitas coisas, hoje estão desmanteladas, te pergunto, por quê? Pelo direcionamento político da gestão, isso influi decididamente em todos os processos. Então, te digo, a gente caminha com um passo para frente e depois anda dois para trás, entende? Também nessa época (2008 e 2009) teve conscientização de doenças transmissíveis para os idosos. Mas, hoje não tenho material nenhum para trabalhar, então não posso cobrar dos municípios do tipo, cobrar metas, entende? Então é assim, né? As coisas aconteciam mais, e agora, as coisas estão paradas mesmo. (Mulher, 36 anos, GB5).

A disposição do gestor local em estar presente nas agendas do movimento social é superimportante. Neste sentido, a agenda de construção de uma gestão local democrática e participativa deveria estar na pauta do dia dos conselhos e dos movimentos sociais. (Homem, 56 anos, GB2).

Os gestores também se encontravam desestimulados pelo desmonte de um projeto recém-enviado à Prefeitura, idealizado pelo Conselho Municipal do Idoso, para a construção de um Centro de Convivência:

Esta obra encontra-se estagnada e em atraso de implantação há vários anos e traria significativos resultados em Saúde para a região. (Idoso, 67 anos, GB1).

Não sabe o trabalho que a gente teve para organizar esse projeto. É muito bonito ser conselheiro, mas as pessoas não se mobilizam, na hora do vamos ver, vem quase ninguém. (Homem, 52 anos, GB3).

Uma gestora portuguesa mostra indignação com o fato de os que fazem a política não estarem dispostos a ouvir as pessoas, dando direcionamentos diferentes para as reais necessidades dos idosos:

É complicado. As pessoas que estão à frente da gestão de saúde não se dispõem a mudar. Por mais formações que tenham, ... e não fazem se não querem ouvir as pessoas do terreno, fazem as coisas da cabeça deles e isso direciona as coisas, que não são reais no terreno. (Mulher, 35 anos, GP1).

Quanto aos idosos, apenas os brasileiros revelaram descontentamento com a gestão política, conforme se observou nessas entrevistas, que demonstram lucidez política em relação à forma de gerir a coisa pública:

Mas não é assim, não é como a gente gostaria que fosse, né. Por que tem muitas pendências nessas políticas. Por que o COMID ele tem, tem por dever de fiscalizar, é um fiscalizador da... da... terceira idade, né, e um fiscalizador não só da terceira idade, como da comunidade também, né, o conselho tem esse dever, né, mas que não são respeitados, devido a administração dos prefeitos, né? (Idoso, 75 anos, IB1).

Ainda, identificam que não há eficácia na política, pois não são socialmente valorizados pelos mais jovens: “A política que existe do idoso, é que ele é discriminado, né, e discriminado mesmo, pelos mais jovens, que eles não sabem que vão envelhecer também, né, aí eu acho que é isso a política errada, que eu acho” (Idoso, 73 anos, IB8).

As distintas organizações de saúde nos dois países em questão podem ser um dos fatores que tanto desagradaram aos idosos brasileiros e mesmo aos gestores do país, uma vez que no sistema brasileiro de saúde ainda se convive com filas de espera; marcações de consultas presenciais ou por ordem de chegada (em Santa

Maria, o idoso ou seu cuidador pode agendar a sua consulta por telefone, benefício propiciado apenas a eles); fragilidade na permanência e valorização do médico de família, entre outros. Obviamente, salvas as devidas proporções, já enfatizadas nesta tese, em relação à dimensão territorial e populacional dos dois países, é evidente a discrepância entre a fragilidade da oferta dos serviços públicos de saúde no Brasil e a situação vivida em Portugal.

A “burocracia dos processos”, outra subcategoria encontrada, foi identificada em apenas dois entrevistados, ambos brasileiros, um gestor e outra idosa. O gestor queixa-se sobre a inconstância do apoio do executivo para dar encaminhamento aos processos e acredita que, se houvesse apoio direto, seria possível desviar-se da burocracia e concretizar o planejamento do Centro de Convivência. Para a idosa, o problema é a burocratização da receita médica, prejudicando o cuidado em saúde da sua mãe, que depende da prescrição médica para a retirada da medicação e que não encontra vaga para consegui-la.

Tinha que ser por uma associação, para poder fugir da burocracia e da política que ora apoia e ora não apoia, enfim..., mas a prefeitura achou que o espaço deveria ser partilhado pelas diversas secretarias e se manter com ela, e deu um dia para cada um, com uso dos espaços limitados para cada um, daí ficou um lugar descaracterizado, entende? (Homem, 52 anos, GB3).

Não adianta fazer a política do remédio de graça, se depois não tem a dita receita. Eu cuido a mãe e faz 4 meses que ela tá sem a medicação por que ela não consegue a ficha, por que tem que pegar a receita do médico, faz 4 meses. (Idosa, 61 anos, IB6).

Weber (1994) desenvolveu o conceito de burocracia que prima pela eficiência da organização. Para que haja sucesso nos processos, de acordo com ele, os detalhes devem ser vistos com antecedência, a fim de que não existam interferências pessoais que possam atrapalhar sua continuidade. Ou seja, a burocracia foi pensada e criada como forma de organizar os processos, de maneira a ocorrer a menor interferência pessoal possível. No entanto, no senso comum, ela é vista de forma pejorativa, o que seria, para o autor, uma disfunção da burocracia, ou seja, um defeito no sistema burocrático. Baremlit (2002) propõe que cada ator envolvido com os processos burocráticos seja um agente de possível mudança, já que as normativas burocráticas são necessárias para a gestão de serviços, mas podem ser atualizadas e repensadas de forma a dar melhores respostas às necessidades dos cidadãos.

Na subcategoria “falta de recursos financeiros e humanos”, encontrada nas falas de quatro entrevistados, três gestores e uma idosa, todos brasileiros, evidenciase que a principal dificuldade de se implantar uma política pública é a ausência de verba e o fato de ela não estar instituída nas políticas do idoso, assim como na política da criança e do adolescente.

Olha, eu acredito que a gestão política pode ser um entrave se ela não for sensível para as questões do idoso, as vezes as questões econômicas que o país e o estado se encontram, também podem trazer empecilho sabe... tu tem uma ação a ser designada de repente, por falta de verba, não consegue colocar em prática, isso acontece em muitos municípios, a verba vem num montante para saúde, e não diretamente para o idoso, entende? Isso, atrapalha o andamento das políticas. (Idosa, 63 anos, GB6).

Bem quando a gente vai fazer uma ação, então, tipo uma programação do idoso, os municípios acabam por priorizar uma ação ou outra, por falta de recursos humanos ou mesmo por falta de verbas, eles acabam fazendo o de maior visibilidade, por exemplo, Outubro Rosa, etc., e quando você vai tentar uma parceria, assim ó, eles querem algo que tenha mais visibilidade, como esses aí, e tem uma sobreposição de coisas que as pessoas assumem, né? (Mulher, 36 anos, GB5).

A falta de verba específica para a implantação da política do idoso é uma das maiores dificuldades em se realizarem ações efetivas nos municípios.

[...] a gente tem muita coisa no Brasil né? No papel, mas na verdade nem o papel está claro, por exemplo, de onde viria os recursos? Como atrelar o recurso à saúde do idoso, não tem, ela não tem, de modo nenhum, pode buscar, tu não acha lá...então, toda a proposta no papel é bacana mas tem que ter lá, sabe, de onde virá o recurso para isso, porque não tem, mas se tu vê, no da criança tem, da mulher, para gestante, tem... por exemplo, tem lá que terá que ter 7 consultas no pré-natal, isso fica transparente, objetivo, então as prefeituras sabem lidar melhor, os gestores, sabem lidar melhor com objetividade, uns até querem fazer alguma coisa, mas teria que ser algo mais objetivo e menos generalizado. (Mulher, 36 anos, GB7).

Para Barroso (2009), a Lei que regulamentou o SUS, nº 8.080/1990, procurou definir o que cabe a cada um dos entes federativos. À direção nacional do SUS, atribuiu a competência de “prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional” (art. 16, XIII), devendo “promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal” (art. 16, XV). Dessa forma, a Lei nº 8.080/1990, em seu artigo 17, atribuiu as competências de promover a descentralização, para os municípios, dos serviços e das ações de saúde, de lhes prestar apoio técnico e financeiro e de

executar, supletivamente, ações e serviços de saúde. Por fim, à direção municipal do SUS, incumbiu de planejar, organizar, controlar, gerir e executar os serviços públicos de saúde (art. 18, I e III). As verbas destinadas às políticas de saúde dos idosos estariam vinculadas ao bojo total de repasses do SUS.

Por outro lado, para o idoso, a falta de salários atraentes é o fator que prejudica a permanência de médicos nas unidades de saúde, resultando em mau atendimento e sobrecarga de trabalho do profissional.

[...] não tem dinheiro, são mal pagos os médicos, como é que eles vão dar assistência, então o mundo inteiro está mal situado em relação à humanidade toda, eu acho que nós estamos deteriorando a espécie humana. (Idoso, 80 anos, IB9).

Campos e Malik (2009) realizaram um estudo na cidade de São Paulo a respeito da satisfação e da rotatividade dos médicos no trabalho das unidades de saúde da família. Um questionário foi aplicado a 242 médicos e os fatores de satisfação que apresentaram mais correlação com a rotatividade foram: a necessidade de capacitação, a distância das unidades e a indisponibilidade de materiais para realizar o trabalho. A falta de higiene e de infraestrutura também apareceram. Quanto à remuneração, a pesquisa indica que o salário atrai os profissionais, mas não os fixa no local. Já os indicadores de satisfação no trabalho que alcançaram níveis de excelência foram os de trabalho em equipe.

Em Santa Maria, a rotatividade da equipe de saúde é bastante alta, conforme dispõe a entrevistada gestora G7:

A falta de permanência da equipe de saúde atrapalha todos os processos de implantação de qualquer política que se queira instaurar no município. O município necessita de organizar o plano de carreira e efetivar as vagas na área de saúde. (Mulher, 38 anos GB7).

Esse é um fator importante, que deve ser considerado na efetivação das políticas de saúde do município.

Uma subcategoria apontada por seis entrevistados foi a “intersectorialidade”, especialmente por quatro gestores portugueses, que identificam como positivo o que o governo português instituiu ao unir dois Ministérios: o de Saúde e o de Seguridade Social.

Saúde e social andam juntos, então há muitas parcerias sendo feitas que se chamam parcerias público-privadas, onde instituições privadas podem se associar ao público para dar respostas mais rápidas à sociedade, isso tem funcionado muito bem, por exemplo com as misericórdias, que oferecem seus espaços para Centros de Convivência. (Mulher, 53 anos, GP6).

Identificam também como essencial as parcerias público-privadas como as misericórdias e outras instituições sociais, de forma a alcançar boas respostas às questões de saúde e social para a população idosa. No entanto, as direções são verticalizadas, com pouca participação direta dos idosos nessas ações, conforme se observa nas falas dos entrevistados:

As necessidades dos idosos são representadas pelas instituições, no caso das misericórdias ou a direção das misericórdias, portanto são eles que transmitem ao próprio governo, ou por exemplo, a rede de cuidados continuados nasceu das propostas das misericórdias, não foram os idosos que pensaram ou propuseram, foram as misericórdias para atender uma demanda da população idosa. São as instituições que representam os idosos. Serem ouvidos diretamente no governo? Não são. Serem representados no parlamento? Não são. (Idoso, 81 anos, GP3).

O SNS estabelece uma contratualização com o setor privado e os demais serviços são complementares à população. (Homem, 62 anos, GP4).

No caso do Brasil, apenas um gestor aponta a intersetorialidade como uma alternativa para a abrangência no atendimento do idoso:

Além das ações próprias aos serviços de saúde e coerente com a ideia da transdisciplinaridade, há a necessidade de ser estimulada uma prática política de gestão intersetorial. Dessa maneira, seria possível uma articulação/integração entre diferentes políticas públicas, visando a promoção da saúde das pessoas idosas... Este, talvez, seja o maior desafio que as políticas públicas enfrentam, dada a cultura de compartimentalização e interesses políticos setoriais muito imediatos. (Homem, 56 anos, GB2).

Trata-se de um ex-Presidente do Conselho Nacional do Idoso, com a experiência de grau máximo no âmbito do controle social no país e que, portanto, possui vivências políticas na escala federal do país.

Essas parcerias têm sido aprovadas pela população portuguesa e por autores como Serapioni e Matos (2014), para quem as parcerias intersetoriais favoreceram as pessoas no atendimento em saúde, contribuindo com melhorias nos equipamentos de saúde, bem como com a ampliação de serviços de apoio social, que interferem diretamente na qualidade da saúde da população.

A consciência política foi identificada em nove entrevistados: quatro idosos brasileiros, quatro portugueses e um gestor brasileiro. Um deles acredita que somos seres políticos por natureza e outra que a informação, recebida pelos meios de comunicação, sobre o que está ocorrendo na política é uma das ferramentas para se politizar. A importância do voto foi relatada por dois idosos, uma portuguesa e outra brasileira. Uma idosa portuguesa pensa que é preciso se unir para fazer mudanças, mas não quer se comprometer com a ação.

Na verdade, nós vivemos numa política, né, nós sermos políticos, todos nós, né. (Idoso, 80 anos, IB4).

Então uma coisa que a gente pode informar a gente informa, né, então de alguma maneira a gente tá atenta, a gente tá sempre lendo o jornal, a gente tá sempre vendo o que tá acontecendo, não estamos lá dentro, mas a gente está a par. (Idosa, 73 anos, IB5).

Esse idoso português tem a consciência que, para se fazer mudança, é necessário o coletivo, enquanto outro menciona que há desinformação sobre o espaço que a Câmara abre para os cidadãos:

Diz que nós temos que ir pedir à Câmara, para fazer certas melhorias, mas a própria nunca o faz, porque um sozinho não dá. Dá é muitos. Como quando nós vamos votar para o Ministro. Temos que ser sempre muitos a votar que é para ver. Só um não chega. (Idoso, 79 anos, IP10).

Muitos assuntos saem das ideias das pessoas que vão à Câmara, que tem uma coisa boa: todos os meses têm um dia, em que está aberto ao público uma sessão camarária e o indivíduo que tem um problema, vai lá e conversa com o presidente para lhe dar solução. Mas há muita gente que não sabe que a Câmara tem esse dia para isso. (Idoso, 77 anos, IP13).

Para esse gestor brasileiro, é necessário que haja a implantação de uma nova cultura de participação para os idosos no município. Sugere alternativas, mas repensa que há falta de verbas para uma divulgação midiática do Conselho do Idoso do município:

Mas a não frequência dos idosos no Conselho, acho que falta uma divulgação mesmo, eu acho que a maioria pensa que o Comid é só para cuidar dos asilados e não vão. Falta incrementar um novo tipo de cultura. Introduzir uma campanha publicitária. Acho que essa é a visão, uma campanha poderia ajudar a tirar isso deles... se eu conseguisse fazer seria isso... dar visibilidade para o Conselho, mas não conseguimos fazer isso ainda em dificuldade de termos verbas. (Homem, 52 anos, GB3).

A democracia representativa pelo voto é lembrada como uma consciência política e um dever cívico:

Eu disse há poucos dias numa mesa de eleições que eu não preciso mais votar, e eles não, mas tu tem que votar, eu nasci nesse Brasil, eu me criei nesse Brasil, eu me formei nesse Brasil, eu venci nesse Brasil, e eu quero deixar esse país do jeito que eu venci para os meus filhos, para os meus netos e tal, livres e independentes para que cada ser humano possa fazer o que ele quer. (Idoso, 80 anos, IB9).

Para Sandoval (2001), a consciência política seria uma composição de dimensões sociopsicológicas inter-relacionadas com significados e informações, composição que permite aos indivíduos tomarem decisões sobre a melhor ação em contextos políticos e situações específicas que se referem à esfera política.

Entretanto, de nada adianta a percepção sobre a gestão política se os idosos e, principalmente, os gestores, desconhecem ou têm pouco conhecimento sobre as políticas públicas que norteiam a saúde do idoso, conforme indica o próximo item.

5.3.4 Conhecimento sobre as políticas públicas

Nos roteiros das entrevistas havia dois temas que permitiam resposta direta, do tipo sim ou não. A primeira era sobre o conhecimento das políticas públicas e a segunda sobre a percepção de gênero que participa mais nas questões políticas. Essas duas categorias específicas puderam ser quantificadas e, evidentemente, analisadas qualitativamente. Na primeira categoria, “conhecimento das políticas públicas” foi possível identificar se os entrevistados têm ou não conhecimento sobre as políticas públicas, sejam internacionais, nacionais ou locais, conforme demonstra a Tabela 14:

Tabela 14 – Conhecimento das políticas internacionais, nacionais ou locais

Entrevistados	Total entrevistados	Política internacional	Política nacional	Política local
Gestores Portugueses	06	03	05	03
Idosos Portugueses	14	00	02	04
Gestores Brasileiros	07	03	04	01
Idosos Brasileiros	15	00	05	03
Total	42	06	16	11

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos das entrevistas realizadas em 2016.

Dos 42 entrevistados, apenas 6 têm conhecimento de políticas internacionais, 16 das políticas nacionais de seus países correspondentes e 11 apontam saber sobre alguma política local.

Dos 6 gestores portugueses entrevistados, 3 deles conheciam uma ou duas políticas internacionais. Dos gestores brasileiros, também 3 conheciam uma ou duas políticas internacionais, com destaque para a Política do Envelhecimento Ativo em ambos os grupos. Apenas um gestor de cada grupo (Portugal e Brasil), citou o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento. Entre os idosos, foi unânime o desconhecimento das políticas internacionais nos dois grupos.

Para os brasileiros, o Estatuto do Idoso é o mais conhecido entre 5 dos 15 entrevistados, enquanto 4 idosos portugueses conheciam melhor as políticas locais. Entre os brasileiros, apenas 1 apontou uma política local.

Apesar da maioria dos entrevistados dizerem que conhecem alguma política, apenas 2, no Brasil, citaram o Estatuto do Idoso e apenas um demonstrou conhecer o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Em Portugal, nenhum gestor demonstrou conhecer políticas internacionais e apenas um idoso citou o PAII. Os entrevistados portugueses são os que mais disseram que não querem saber de política, interpretando o termo “política” como uma ação de gestão, e não como uma diretriz para a saúde dos idosos. No Quadro 19, apresentam-se as falas dos entrevistados sobre o seu conhecimento das políticas públicas:

Quadro 19 – Percepções dos entrevistados sobre o conhecimento das políticas públicas

4. CONHECIMENTO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS	
Refere-se sobre o conhecimento que os entrevistados apresentaram sobre as políticas públicas de cada país.	
Conhecimento das políticas (12)	<p><i>É péssima, conheço e te digo assim, eu acho um absurdo que um idoso tem que passar tanta humilhação, e tanto trabalho para conseguir uma consulta e até mesmo uma internação pelo SUS, por que é uma vergonha o descaso, por que eu senti isso na minha pele. (Idosa, 68 anos, IB2).</i></p> <p><i>Olha eu nem gosto muito de falar em política, por que a gente é bastante antiga, morava para o interior, não via nada disso, agora que a gente tá velho que a gente vê tantas coisas que não devia de ser assim, né? Então a gente ouve, mas não pode discutir também, não pode fazer nada, não sabe, não vai discutir, né? (Idosa, 76 anos, IB3).</i></p> <p><i>É só o que a gente vê passar na televisão. A gente vem aqui, então o pouco que chega aqui é o que a gente sabe. (Idosa, 61 anos, IB6).</i></p>

(continua)

(conclusão Quadro 19 – Percepções dos entrevistados sobre as políticas públicas)

4. CONHECIMENTO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS	
Refere-se sobre o conhecimento que os entrevistados apresentaram sobre as políticas públicas de cada país.	
Conhecimento das políticas (12)	<p><i>Eu só de ouvir falar. (Idosa, 67 anos, IB7).</i></p> <p><i>Não. Não eu não conheço, eu só conheço os grupos, tem vários grupos que trabalham com idosos, mas política não conheço. (Idosa, 60 anos, IB10).</i></p> <p><i>Não conheço. Sei que tem o Estatuto do Idoso, mas não conheço muito sobre ele, sei que a gente tem algumas preferências no ônibus, na fila, né, na saúde, essas coisas, mas não conheço muito. (Idosa, 72 anos, IB14).</i></p> <p><i>Se conheço as políticas de saúde? Não, não conheço, não senhora. (Idosa, 71 anos, IP7).</i></p> <p><i>Não, não... também não gosto disso. Às vezes oiço na televisão, falar disto ou daquilo, só oiço, mas não ligo nada não senhora... não gosto de falar sobre isso (pergunto, "por quê? "). No meu tempo disso não se falava, senhora, era proibido, acostumei-me a isso. (Idosa, 71 anos, IP12).</i></p> <p><i>Cá há poucas cousas, houve o PAII e o nosso plano de saúde, o Serviço Nacional de Saúde é muito bom, há um bom atendimento aos idosos aqui, são muito poucos os que estão desamparados. Há a GNR que vive a visitar as casas de toda a gente para saber como vivem os idosos, se há abandono, violência. E comunicam-se com a Rede Social, se for o caso, ou ainda ao serviço de saúde. Isso é muito bom, pois assim sabemos a quantas andam as cousas. (Idoso, 72 anos, IP13).</i></p> <p><i>As políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa devem ser diferenciadas daquelas voltadas para o envelhecimento. Estas últimas visam, em última instância, intervir nos determinantes de saúde ao longo do ciclo da vida com o objetivo de prevenir e/ou minimizar situações que terão repercussão direta na qualidade de vida do indivíduo ou da coletividade na fase da velhice. (Homem, 56 anos, GB2).</i></p> <p><i>O que eu tenho mais conhecimento assim ó, é a S., da Secretaria de Saúde, que se envolve mais com a saúde, entende? Então eu não posso falar muito sobre isso, sabe? (Mulher, 52 anos, GB4).</i></p> <p><i>Quanto às políticas públicas de saúde, não me lembro de todas. As internacionais não as conheço, já fiz pesquisa sobre algumas, mas... não me lembro de nenhuma agora. As nacionais e as locais, será que existem? (Mulher, 35 anos, GP1).</i></p>

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos das entrevistas realizadas em 2015 e em 2016.

A interpretação sobre política, para este grupo de entrevistados portugueses, refere-se à esfera dos políticos, daqueles que cuidam e fazem as leis. Portanto, a entrevista sobre o seu conhecimento em política pública trouxe algumas respostas de negação sobre o conhecimento das políticas, evidenciando que não falar sobre

política é um costume culturalmente construído a partir das experiências do passado, conforme se observa nas seguintes entrevistas:

Se conheço as políticas de saúde? Não, não conheço, não senhora. (Idosa, 71 anos, IP7).

Não, não... também não gosto disso. Às vezes oiço na televisão, falar disto ou daquilo, só oiço, mas não digo nada não senhora... não gosto de falar sobre isso. No meu tempo disso não se falava, senhora, era proibido, me acostumei a isso. (Idosa, 71 anos, IP12).

Apenas um idoso revelou conhecer o PAII e o SNS. Refere-se também à Guarda Nacional Republicana (GNR) como um coadjuvante no cuidado ao idoso e tem conhecimento sobre o funcionamento da Rede Social:

Cá há poucas cousas, houve o PAII e o nosso plano de saúde. O Serviço Nacional de Saúde é muito bom, há um bom atendimento aos idosos aqui, são muito pouco os que estão desamparados. Há a GNR, que vive a visitar as casas de toda a gente para saber como vivem os idosos, se há abandono, violência. E comunicam-se com a Rede Social, se for o caso, ou ainda, com o serviço de saúde. Isso é muito bom, pois assim sabemos a quantas andam as cousas. (Idoso, 72 anos, IP13).

Dos gestores portugueses, apenas uma falou abertamente a respeito do desconhecimento sobre o assunto: “*Quanto às políticas públicas de saúde, não me lembro de todas. As internacionais não as conheço. Já fiz pesquisa sobre algumas, mas... não me lembro de nenhuma agora. As nacionais e as locais, será que existem?*” (Mulher, 35 anos, GP1).

Quanto aos idosos brasileiros, o desconhecimento sobre as políticas também é generalizado e, mesmo que elas existam na legislação brasileira, não foram representadas pelos entrevistados, que as confundiram com as ações do fazer político:

Olha, eu nem gosto muito de falar em política, por que a gente é bastante antiga, morava para o interior, não via nada disso, agora que a gente tá velho que a gente vê tantas coisas que não devia de ser assim, né? Então a gente ouve, mas não pode discutir também, não pode fazer nada, não sabe, não vai discutir, né? (Idosa, 76 anos, IB3).

É só o que a gente vê passar na televisão. A gente vem aqui, então o pouco que chega aqui é o que a gente sabe. (Idosa, 61 anos, IB6).

Eu só de ouvir falar. (Idosa, 67 anos, IB7).

Não. Não, eu não conheço, eu só conheço os grupos, tem vários grupos que trabalham com idosos, mas política não conheço. (Idosa, 60 anos, IB10).

O Estatuto do Idoso é a política mais conhecida pelos idosos, que, no entanto, não conhecem o seu conteúdo: *“Não conheço. Sei que tem o Estatuto do Idoso, mas não conheço muito sobre ele, sei que a gente tem algumas preferências no ônibus, na fila, né, na saúde, essas coisas, mas não conheço muito”* (Idosa, 72 anos, IB14).

Outros identificam a ineficácia da política de saúde para os idosos:

É péssima, conheço e te digo assim, eu acho um absurdo que um idoso tem que passar tanta humilhação e tanto trabalho para conseguir uma consulta e até mesmo uma internação pelo SUS, por que é uma vergonha o descaso, por que eu senti isso na minha pele. (Idosa, 68 anos, IB2).

Entre os gestores brasileiros, o desconhecimento também está presente: *“O que eu tenho mais conhecimento assim ó, é a S., da Secretaria de Saúde, que se envolve mais com a saúde, entende? Então eu não posso falar muito sobre isso, sabe?”* (Mulher, 52 anos, GB4).

Apesar de os entrevistados responderem que conheciam as políticas que norteiam a saúde do idoso, quer sejam internacionais, nacionais ou locais, ao tentarem nomeá-las foram poucos os que o fizeram. No caso do Brasil, o Estatuto do Idoso foi o mais apontado e, em Portugal, o PAII.

Segundo Faria (2003), é a interação de valores, normas e diferentes formas de conhecimento que caracteriza o processo das políticas e se estabelece na concorrência entre formas de discurso e na luta pelo poder e significado. Para Bernardes e Fraga (2007), são os sistemas de ideias que vão construir os interesses dos que tomam decisões e seria a ação política uma referência à linguagem, um sistema de significação através do qual as pessoas constroem o mundo, e elas são independentes em suas próprias regras.

Para Krüger (2000), entre os elementos constitutivos da linguagem estão as ações comunicativas, portanto, é essencial e fundamental algumas reflexões nessa direção. Para a autora, o ser humano constrói e mantém os seus vínculos individuais e sociais por meios comunicativos. Contudo, as culturas e os sistemas sociais acabam por construir formas de comunicação e controle dos atos comunicativos que se ancoram em determinadas visões do mundo e interesses.

Nessa perspectiva, Habermas (1988) convoca uma reconstrução de um novo paradigma pelo qual as relações comunicativas não sejam mais polarizadas entre sujeito e objeto, mas articuladas entre sujeito e sujeito. Krüger (2000) define que é essa a base habermasiana da teoria da ação comunicativa, ou seja, o ato comunicativo é construído no momento da interação entre os sujeitos participantes. Habermas (1988) resume que o conceito de ação comunicativa pressupõe a linguagem como um meio, no interior do qual tem lugar um tipo de processo de entendimento em cujo transcurso os participantes, ao se relacionarem com um mundo, apresentam-se uns frente aos outros.

Nesse sentido, pode-se refletir que tanto em Portugal, como no Brasil, as interpretações nos discursos dos atores apresentam semelhanças sobre a falta de conhecimento das políticas públicas de cada país, mas por motivos construídos e historicamente distintos.

No Brasil, segundo Faria (2003), a convivência entre as forças patrimoniais e clientelistas, herdadas do colonialismo, e as burocráticas, têm-se apresentado como fator de impedimento a um processo de modernização da sociedade brasileira, principalmente em relação às formas mais arcaicas de poder, de construção de uma ética pública e do fortalecimento da sociedade civil. Para o autor, em vez de superar as forças arcaicas dos interesses patrimoniais e corporativos, o esforço dos movimentos sociais para implementar os direitos sociais acaba sendo apropriado pelos setores hegemônicos. Isso, segundo Seibel (1997, p. 3), tende a ser uma solução muito típica no Brasil, pois significa criar um aparato político-administrativo paralelo, mas que funciona de maneira incompleta e restritiva. Um exemplo são os diversos documentos elaborados para assegurar os direitos dos idosos e uma prática reducionista e seletiva que ocorre, inclusive, em espaços onde eles deveriam ser os protagonistas.

Sakellarides et al. (2015) afirmam que um dos tratados da UE (1986) é proteger à saúde acima de todas as outras políticas, contudo, a política econômica sempre se sobressai nas decisões finais, e, depois, arrumam-se os danos sociais consequentes. Isso ocorre em Portugal, que, há 42 anos, encontra-se em uma democracia e há 30 anos vinculado à União Europeia.

A política adotada por Portugal tem levado os portugueses a extenuantes arrochos salariais devido a políticas verticalizadas, que visam equilibrar as contas e os gastos públicos da UE com o país. Dessa forma, a população portuguesa, se vê

também submissa às ordens e regulamentações impostas pela determinação econômica europeia. A imposição, que vem desde o período de Salazar, do período de silêncio, e, atualmente, de uma ineficácia de contra-ação às determinações da EU, deixa-os numa inércia quanto ao conhecimento sobre os seus direitos, propostos nas políticas de saúde e, conseqüentemente, de seu empoeiramento enquanto participante da construção delas.

Portanto, em ambos os países, por motivos distintos, o desconhecimento da política pública que norteia a saúde dos idosos pôde ser constatada pelas entrevistas realizadas nesta pesquisa. Está-se, então, de acordo com estudo realizado por Chauí (1994, p. 57) sobre comunicação:

[...] sentimento da comunicabilidade plena da participação e da comunidade, não é criada durante a prática da comunicação, não é um processo de constituição recíproca dos interlocutores, mas antecede. O espaço é anterior aos seus ocupantes, não é criado ou recriado por eles segundo a lógica peculiar do ato comunicativo.

Nesse sentido, entende-se que os espaços criados para esse diálogo participativo antecedem o próprio diálogo e fazem parte do contexto histórico, político e cultural de cada país. Apesar das semelhanças existentes sobre o conhecimento político, o fato não pode ser reduzido a uma interpretação simplista de que o próprio desconhecimento seja fruto de uma única vertente. São os contextos históricos que demarcam culturalmente esses espaços e o próprio diálogo que se busca entre os locutores.

As idosas, segundo o que preconiza o Plano da ONU (2002), deveriam ser protagonistas nas ações e esse protagonismo deveria estar implícito nos documentos de ambos os países e nas falas dos entrevistados. Dessa forma, reserva-se, no próximo item, um espaço *para* a percepção dos entrevistados quanto à participação das idosas nos processos políticos em cada país.

5.3.5 Concepções sobre a participação da mulher idosa nos espaços políticos

Essa categoria sobre gênero é apresentada por duas vertentes de análise. A primeira, quantitativa, pois houve nas entrevistas um tema que permitiu perceber qual era o gênero que os entrevistados identificaram como mais participante das questões políticas. A outra analisa-se sob o viés dos autores que interpretam as formas de

participação por gênero em todas as instâncias da vida. Portanto, a segunda categoria analisada quantitativamente diz respeito à percepção da participação do gênero feminino, conforme demonstrado na Tabela 15:

Tabela 15 – Percepção sobre a participação quanto ao gênero

Entrevistados	Total entrevistados	Participação masculina	Participação feminina	Nenhum
Gestores Portugueses	06	00	03	03
Idosos Portugueses	14	05	03	06
Gestores Brasileiros	07	01	06	00
Idosos Brasileiros	15	02	13	00
Total	42	09	26	07

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos das entrevistas realizadas em 2016.

Quanto à percepção sobre quem participa mais nas questões políticas em relação ao gênero, dos 42 entrevistados, em ambos os países, 26 acreditam ser as mulheres que participam mais, sobretudo entre os idosos brasileiros, dos quais 13 dos 15 entrevistados têm essa percepção. Entre os gestores portugueses, a percepção da participação quanto ao gênero se definiu assim: para 3 deles, é a mulher que mais participa, mas, para a outra metade, nenhum idoso participa das questões políticas. Para os idosos portugueses, 5 acreditam ser o homem que participa mais das questões políticas no país e 3 que as mulheres participam; para outros 6, nenhum deles participa nas questões políticas do seu país.

Portanto, apesar de não haver destaque ou atenção, nos documentos, para a participação por gênero em nenhum dos países, entende-se que a percepção sobre a participação feminina, sobretudo no Brasil, é identificada como a mais frequente, enquanto em Portugal entende-se que não há participação por nenhum dos gêneros, conforme identificado na Tabela 15, ou por maioria de homens.

Para Lücchmann e Almeida (2010, p. 90), a presença das mulheres na política brasileira, seja na forma representativa, por meio do voto, ou na participação direta nos conselhos deliberativos, tem crescido nas últimas décadas e indica que elas vêm desempenhando um papel importante na efetivação dos direitos sociais. No entanto, culturalmente, apesar da mulher ganhar a independência financeira e conquistar vários espaços, o mundo político ainda é um campo a se vencer devido ao preconceito de mantê-las no mundo privado.

Na competição partidária eleitoral, os candidatos e as candidatas se expõem à sociedade e, portanto, ao crivo dos valores culturais mais ampla e profundamente partilhados, cujas mudanças dependem de um tempo mais longo, e nem sempre seguem um ritmo contínuo e progressivo (LÜCHMANN; ALMEIDA, 2010, p. 90).

Como vivemos numa sociedade que ainda atribui ao gênero feminino a responsabilidade de cuidar do ambiente doméstico e, ao masculino, do mundo público, esses últimos têm, evidentemente, mais chances de obter sucesso no crivo eleitoral. Ou seja, as chances de as mulheres obterem audiência receptiva às suas candidaturas por parte do eleitorado, por mais que não defendam bandeiras feministas, são mais reduzidas quando competem ao lado de homens, diante de toda a sociedade, tornando-se vulneráveis à reprodução dos valores culturais que restringem o papel das mulheres ao âmbito privado (FINAMORE; CARVALHO, 2006).

Por outro lado, as autoras defendem que a escolha dos representantes dos Conselhos Gestores é mediada por organizações da sociedade civil e, em várias circunstâncias, resultado dos fóruns públicos das diversas áreas de política. Portanto, para fazer parte dos Conselhos, os indivíduos não precisam passar pelo crivo de toda a sociedade, mas são escolhidos por suas organizações ou por outras nas quais estão inseridos. No caso dos Conselhos dos idosos, as representantes femininas costumam ser bastante presentes, conforme se observa no Conselho de Santa Maria. A significativa presença das mulheres nos Conselhos Gestores explica-se, como uma primeira via interpretativa, pelo procedimento de escolha de representantes típicos dessas instâncias, que ocorre essencialmente pela mediação das organizações da sociedade civil.

Já em Portugal, como os espaços de participação política são no campo das políticas representativas, ou seja, a escolha é pelo voto, a interpretação dos entrevistados é de que a maioria é de homens que estão atuando na política. Desse modo, provavelmente a interpretação cultural do papel da mulher na sociedade é a mesma do Brasil, isto é, de inserção essencialmente no ambiente privado, e não no público.

Para Brito (2001), a relação entre as mulheres e a vida política foi verificada num estudo pioneiro de Maurice Duverger (1955), promovido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), que concluía sobre a disparidade observada entre a participação das mulheres nas eleições e no círculo governamental. Nas eleições, ou seja, no plano eleitoral, a participação feminina era

importante, não tendo sido encontradas diferenças de comportamento significativas entre mulheres e homens. Já no plano governamental, a situação é diferente, verificando-se uma participação feminina fraca e retraída.

Segundo o mesmo autor, nas décadas de 1950 e de 1960, este trabalho serviu de referência básica a interpretações baseadas em análises de dados de comportamento eleitoral, participação partidária, representação parlamentar e sondagens de opinião, que enfatizavam a imagem da mulher dedicada ao lar e afastada do mundo da política. Reforçava-se, assim, o consenso tradicional e cultural da mulher pertencente ao domínio familiar e privado e do homem ligado ao domínio da atividade pública, na qual se inclui a participação política.

Apesar de se constituir como um dado cultural presente, principalmente, nas sociedades com predomínio religioso, tal enfoque tem sido criticado por trabalhos mais atuais, em que as novas abordagens têm sido desenvolvidas a partir das indagações feministas que têm dado visibilidade à presença de mulheres como agentes integrados aos processos sociais, e, justamente por isso, têm despertado inquietações teóricas em várias áreas das ciências humanas (BRITO, 2001). Os dados sobre as experiências concretas das mulheres em sociedade, levantados principalmente pela história, pela antropologia e pela sociologia, evidenciam que as atividades femininas se têm desenvolvido também em espaços públicos como a comunidade, a vizinhança, a rua e a fábrica e não podem ser considerados como exclusivamente privados, pois envolvem intermediações e relações múltiplas de difícil enquadramento em polos dicotômicos (MONIZ; COSTA; ORNELAS, 2013).

Pode-se considerar, como ponto básico deste debate, as propostas de Debert (1984), que, nessa ocasião, trouxe a necessidade de uma revisão na conceitualização da política quanto à sua natureza e ao seu âmbito. A ampliação do conceito levou não só a que se considerassem políticos temas tidos como privados, mas que se fosse além das definições centradas na competição pelo poder, destacando-se a necessidade de se olhar mais atentamente para a política do cotidiano, a micropolítica. Dessa forma, seria possível perceber as práticas políticas diferentes do padrão masculino, investigando os canais por meio dos quais as mulheres se manifestariam muito mais do que os homens nas chamadas micropolíticas que ocorrem nas comunidades e que deixam de ser basicamente privadas (FARAH, 2004).

Por isso, ao identificarmos que os entrevistados no Brasil percebem que são as mulheres que mais participam na política, isso talvez esteja vinculado ao fato de que

o grupo de idosos entrevistados está inserido em algumas atividades associativas e que, em certa medida, está vinculado aos espaços de debates políticos com alguns dos seus representantes presentes no Conselho Municipal do Idoso e em suas comunidades. Dessa forma, identificam que as mulheres têm uma tendência a serem mais participativas politicamente. Os idosos portugueses entrevistados, apesar de estarem vinculados às associações, não têm um papel de decisão política em espaços próprios, conforme já foi apresentado no capítulo 2. Os CSS, que têm sido os meios de participação política mais consistente em Portugal, estão centralizados, em sua maioria, em Lisboa ou no Porto, não sendo a área de abrangência deste estudo, configurando-se como uma limitação para a interpretação fidedigna dos dados revelados quanto à interpretação dos idosos portugueses entrevistados. A percepção destes vinculou-se ao âmbito dos cargos políticos que, assim como no Brasil, são desempenhados, em sua maioria, por homens.

Notas conclusivas

Este capítulo reportou-se às interpretações culturais dos dados recolhidos nas entrevistas realizadas nos dois países. Foram feitas reflexões sobre as interpretações culturais que os entrevistados têm sobre diversos aspectos, como as questões do envelhecimento, as formas de participação dos idosos nos dois países, a percepção sobre a gestão política e as materializações das políticas públicas de cada município e país. Por último, as percepções sobre a questão da participação política por gênero.

Nesse sentido, destacam-se alguns aspectos importantes, que envolvem as categorias analisadas neste estudo. Sobressaem as formas participativas de ambas as sociedades, que se evidenciam nas propostas de participação nos documentos de cada país e nas formas como elas ocorrem nos territórios estudados. Salientam-se também os aspectos culturais envolvidos em cada forma de perceber a gestão de cada país, refletindo-se na maneira de organizar os serviços implantados. As formas de avaliação dos equipamentos de saúde implantadas pelo Governo de Portugal apontam para uma resposta mais efetiva à população, que evidencia um bom atendimento em saúde, contrastando com os entrevistados brasileiros. Apesar da impossibilidade de traçar comparativos entre os dois países devido às diversas distinções entre ambos, alguns modelos de efetividade foram destacados em cada

um, como o mencionado sistema avaliativo português e a construção da forma constituída de democracia participativa brasileira.

Outro ponto de destaque é a questão participativa por gênero, já que, nas décadas de 1950 e de 1960, era estritamente masculina, mas a forma de organização política ampliou-se, saindo de uma esfera de pouco alcance e vindo ao território, onde tradicionalmente a mulher já estava envolvida com as questões comunitárias muito mais do que os homens. Nesse sentido, cabe refletir acerca das percepções dos idosos sobre a participação feminina nas questões políticas. Para os portugueses, como esse cenário não está inscrito no cotidiano, a política é interpretada como algo que não está ao alcance do povo, ou seja, é feita por gente que entende de política, os políticos. Já no Brasil, a micropolítica é mais presente nas comunidades e nos bairros, e, nesse sentido, a mulher se destaca como mais ativista nas diversas situações que envolvam participação. Merece destaque também que, apesar do esforço da ONU em salientar que o gênero feminino deve participar das questões políticas, não se encontrou, em nenhum dos documentos analisados, o mesmo esforço e destaque para as idosas em ambos os países.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar a participação dos idosos em políticas públicas em ambos os países se mostrou um exercício complexo, pelos inúmeros fatores que envolvem esse processo. De início, a própria definição sobre participação se constitui como um conceito amplo e múltiplo, constatado pela forma como está disposto nos documentos dos dois países e é interpretado pelos entrevistados. Entretanto, não foi o propósito desta tese estabelecer comparações entre os países, pois não se comparam diferentes realidades, apesar do inevitável modo de pensar cartesiano que influencia a sociedade.

Nesse sentido, esta pesquisa tentou responder ao objetivo de identificar como ocorre a participação dos idosos nos espaços para implementação das políticas públicas. Por ser um objetivo de investigação amplo, permitiu desvendar as diversas faces da participação elencadas durante o transcorrer da tese.

A investigação dos documentos foi primordial para se identificar, *a priori*, quais os norteamentos que as políticas apontavam para o reforço da participação. Além disso, interpretar esses dados sob a perspectiva dos Estudos Culturais foi primordial para que se compreendesse o contexto histórico, político e social que se revela em cada cultura aqui desvendada.

Utilizar uma política internacional como norteadora das diretrizes foi fundamental para compreender a interpretação cultural que cada um dos países oferta à população idosa, bem como a sua materialização nos territórios estudados, influenciados pelo contexto cultural de cada sociedade. Os dois países atenderam aos propósitos do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento em relação ao que se propôs investigar, que é a diretriz do Capítulo da “Orientação Prioritária I: Pessoas idosas e o desenvolvimento”, no contexto do Objetivo 2, na qual se definiu que a participação de idosos nos processos de tomada de decisões deve ocorrer em todos os níveis. No entanto, o incentivo à participação feminina não foi encontrado em nenhum documento dos dois países.

As interpretações culturais sobre o envelhecimento, apesar de distintas entre si, não são específicas de uma das sociedades aqui estudadas, dando a entender que se trata de um conceito que, para esse grupo estudado, é interpretado por diversas formas, sem estar vinculado ao modo de interpretar ou de agir restrito a apenas uma localidade ou país. Isso acontece, talvez, por ambas as sociedades sofrerem o

exercício da força capitalista, apesar do empenho da ONU em reverter esses conceitos.

Outro aspecto cultural de destaque deste trabalho são os espaços e as formas de participação ordenadas para cada país. Apesar de todas as garantias de participação estarem legalizadas, há diferenças significativas nas formas de se constituírem esses espaços. No entanto, a eficácia da participação, conforme pretende alcançar a ONU, não foi identificada em nenhum dos grupos aqui estudados. A interpretação dos gestores sobre a participação é a de que os idosos não querem participar e, por sua vez, a dos idosos é de que não os querem lá. Contudo, são os gestores os responsáveis pela convocação dos idosos para a participação. Um agravante identificado nesta investigação foi o pouco ou quase nenhum conhecimento por parte dos gestores sobre as políticas públicas que norteiam o cuidado ao idoso. Certamente, isso os distancia da própria interpretação e propósito da ação da participação.

Apesar da preocupação com o envelhecimento populacional, o Brasil vinha impulsionando políticas, programas e projetos para atender às demandas decorrentes dos idosos e instituir direitos sociais. Entretanto, a participação dos idosos nesses contextos, apesar de garantida em diversa legislação, não tem ocorrido de forma efetiva. Um dos fatores é a falta de incentivos nos espaços organizativos dos idosos, principalmente no que diz respeito às informações sobre os seus direitos. Apesar de alguns deles apontarem essa discussão nas associações, aparentemente ainda é incipiente para impulsioná-los a participar e se empoderarem desse protagonismo. Num Brasil com um cenário atual de desmonte do Estado de Direito, é primordial que esses espaços e microespaços sejam fortalecidos na busca da garantia dos direitos dos idosos.

É necessário que haja discussão sobre cidadania e participação nas associações dos idosos, para aumentar a adesão das entidades e grupos à participação em fóruns e em outras formas de defesa desse segmento populacional, para a garantia dos avanços na formulação e implementação de políticas públicas, na garantia de direitos e na ampliação da cidadania.

Já em Portugal, os espaços de participação política não se fazem em conselhos, como no Brasil, mas em coletivos sociais de saúde (CSS). São as associações de doentes e de usuários de serviços, ou as participações individuais, que são solicitadas para as avaliações de equipamentos de serviços de saúde locais.

A possibilidade de avaliar com frequência os equipamentos de serviços da saúde possibilita aos portugueses respostas mais rápidas às suas necessidades enquanto usuários de serviços locais.

Sem embargo, apesar de se identificar uma indisponibilidade cultural nesse grupo para participar, também os espaços de atendimento aos idosos precisam impulsionar essa participação. Novamente, reforça-se o papel primordial da gestão. O conhecimento das políticas e a abertura para o escutar dos idosos e o oportunizar espaços de conversas sobre cidadania e protagonismo podem facilitar a aproximação da população idosa ao conhecimento dos seus direitos.

As diversas políticas para os idosos constituídas no Brasil reforçam a ideia de que nessa sociedade há necessidade de se garantir, por meio de leis, os direitos que cotidianamente lhes são negados nos atendimentos em saúde. Ao contrário, em Portugal, a preocupação fica evidente com a perspectiva de avaliação dos serviços por seus usuários e com poucas políticas norteadoras para os idosos. No entanto, isso não desfavorece o cuidado à saúde do idoso, conforme apontado nesta tese.

Quanto aos aspectos que influenciam as decisões políticas, Portugal pertence à Comunidade Europeia e isso atravessa a governança e as políticas instauradas no país; o Brasil, como país continental, tem dificuldades em estabelecer e materializar as suas políticas públicas diante da diversidade regional aqui encontrada e das tensões políticas que ocorrem no momento da finalização desta tese. Apesar de ambos os países enfrentarem o fenômeno do envelhecimento, devem se preparar, nos próximos anos, para a expectativa do aumento da longevidade e do número de idosos.

Nesse contexto, a configuração da participação política do idoso na implementação das políticas de saúde, conforme proposto nas leis e diretrizes nas instâncias internacionais (ONU, OMS), ou mesmo nas leis formuladas, não garantiram a efetividade dessa participação em ambos os países. Assim, compreende-se que emerge dessa categoria uma pluralidade de significados que corresponde às redes de oposições e de debates sobre a natureza que constitui a participação dos idosos nesses processos.

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento define, em seus artigos 13º e 14º, que é responsabilidade primordial dos governos promoverem e prestarem serviços sociais básicos, facilitando o acesso e considerando as necessidades específicas dos idosos para o incentivo à participação. Nesse sentido, os governantes

e gestores devem se comprometer em proporcionar aos idosos o acesso universal e em condições de igualdade à assistência médica e aos serviços de saúde física e mental. Segundo o Plano, o apontamento das governanças das nações é de articulação entre todos os setores da sociedade civil (público, privado, governamental e não governamental), visando garantir a participação, a equidade de acesso dos idosos aos serviços e aos seus respectivos direitos civis em todas as sociedades.

Portanto, Estado e sociedade civil devem se empenhar em fortalecer esses espaços e incentivar a participação dos idosos. Devem consciencializar-se de que as horizontalidades nas relações devem ser incentivadas e as verticalidades nas ações evitadas. Desse modo, esses espaços se tornarão não apenas menos conflituosos, mas, principalmente, mais prazerosos, além de propiciarem a valorização da identidade do idoso em cada espaço, como protagonista da sua história, dos seus direitos e da conquista em exercer a sua cidadania em todas as sociedades.

Algumas limitações estiveram presentes neste estudo e uma delas foi o fato de que todos os idosos entrevistados faziam parte de associações, e, logo, eram relativamente ativos e com algum grau pré-estabelecido de envolvimento na participação comunitária, política ou avaliativa. Esses idosos não tinham dependência em nenhum grau, o que certamente também facilitou a sua participação nas diversas ações propostas pelas associações que frequentam.

Quanto aos gestores, envolveram-se aqueles responsáveis pela gestão e políticas de idosos, porém, há um número expressivo de outros atores, que fazem a gestão de outras políticas, transversais às políticas dos idosos.

Propõe-se, para futuros estudos, que se aplique um questionário sobre participação para ampliar a amostra dos idosos heterogêneos, com diversos níveis de capacidade funcional, e identificar quais dificuldades eles enfrentam para participar nas atividades e, principalmente, a autonomia que possuem para decidir sobre os seus direitos. Indica-se também que outros espaços que propiciam a participação sejam investigados, sobretudo nas formas de organização do Orçamento Participativo, ou nas formas de avaliações dos equipamentos de saúde em ambos os países.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública** [online], v. 41, p. 67-86, 2007.
- AGUIAR, J. C. Teoria democrática moderna. In: VEDOVATE, F. C.; DELLORE, C. B. (Org.). **Sociologia: poder, política e estado**. São Paulo: Editora Moderna, p. 108 -142, 2016.
- AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. de. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, nº 1, p. 5-12, jan.-fev. 2010.
- AKERMAN, M. **Saúde e desenvolvimento local** – princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica. São Paulo: Hucitec. 2005.
- ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIM, K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, p.615, 2016.
- ALVARENGA, M. C. V.-B. H. **Os 147% em questão: o movimento dos aposentados no Rio de Janeiro na década 90**. 2006. 119f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.
- ALVES JUNIOR, E. D. A. (Org.). **Envelhecimento e vida saudável**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009.
- AREOSA, S. V. C. **Envelhecimento humano: realidade familiar e convívio social de idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha)**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.
- BALTES, P. B. Envelhecimento cognitivo: potencialidade e limites. **Gerontologia**, v. 2, p. 23-44, 2004.
- BANDEIRA, M. S. de M. D. Diogo de Sousa, o urbanista: leituras e texturas de uma cidade refundada. **Repositorium**, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2000.
- BARBOT, J.; DODIER, N. Multicity in scientific Medicine: the experience of HIV-positive. **Cience, Technology e Human Values**, v. 27, nº 3, p. 404-440, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional**. 5. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.
- BARNES, C.; MERCER, G. **Exploring disability**. Cambridge: Polity Press, 2010.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Jurisprudência Mineira**, Belo Horizonte, ano 60, nº 188, p. 29-60, jan./mar. 2009.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zorge Zahar Editor, 2004.

BECKER, W. Teaching economics in the 21st century. **Journal of Economic Perspectives**, v. 14, p. 109-119, 2000.

BELÉM, M. **Mulher no Brasil**. Nossas marcas e mitos. São Paulo: Ed. Escuta, 2000.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX– **IPEA** - texto para discussão, Rio de Janeiro, nº 1034, ago. 2004.

BERNARDES, F. M. A. Conselho de representação: espaço para os idosos se organizarem na defesa de seus direitos. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 10, nº 2, p. 107-121, dez. 2007.

BERNARDES, N. **Bases geográficas do povoamento do estado do Rio Grande do Sul**. Ijuí: Editora Unijuí, 1997.

BHABHA, H. K. **O local da cultura**. Trad. de Myriam Ávila, Eliana Lourenço de Lima Reis e Gláucia Renata Gonçalves. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998.

BOARETTO, R. C.; HEIMANN, L. S. Conselhos de representação de idosos e estratégias de participação social. In: SIMSON, O. R. M. V.; NERI, A. L. (Org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. 2. ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2006.

BOBBIO, N. **Estado governo e sociedade**: para uma teoria geral da política. 10. Ed. Trad. de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

BONAVIDES, P. **Ciência política**. 10 ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

BOSI, E. **Memória e sociedade** – lembranças de velhos. São Paulo: T. A. Queiroz Editor, 1979.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

_____. **Lei nº 8.222, de 5 de setembro de 1991**. Dispõe sobre a Política Nacional de Salários, o salário mínimo, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8222.htm.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002a**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional –ásica - SUS 01/93. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html.

_____. 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: www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf. Acesso em: 14 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a Política Nacional da saúde do idoso. Brasília-DF, 1999. Disponível em: <http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-0711201573034.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 02, de 29 de setembro de 2011b**. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/regionalizacao/acervo/arquivos/cit/2011/resolucao-coap-apresentada-cit-11out11>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Tutorial Tabnet**. 2012. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/APRESENTACAO/TABNET/Tutorial_tabNet_FINAL.pptx_html/html/index.html#2.

_____. Presidência da República. **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011^a**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014**. Institui a Política Nacional de Participação Social – PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.842/1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Justiça/Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1994.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto dos Idosos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.

BREDEMEIER, S. M. L. Conselho do Idoso como espaço público **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez Editora, ano XXVI, nº 75, 2003.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 25, nº 1, p. 5-26, jan./jun. 2008.

BRITO, M. N. C. Gênero e cidadania: referenciais analíticos referenciais analíticos. **Estudos Feministas**, 2001.

CABRAL, M. V. **Dimensões da cidadania**: a mobilização política em Portugal numa perspectiva comparada. Porto: Edições Afrontamento, 2014.

CÂMARA MUNICIPAL DE BRAGA. **Portal**. Disponível em: <https://www.cm-braga.pt/pt/1101/viver/saude-e-bem-estar/projetos>. Acesso em 2 out. 2016.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, p. 25-73, 2004.

_____; PASINATO, M. T. **Envelhecimento funcional e suas implicações para a oferta da força de trabalho brasileira**. Rio de Janeiro: IPEA, 2008.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, nº 2, p. 347-368, mar.-abr. 2008.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, nº 3, p. 725-733, maio.-jun. 2003.

CARVALHO, M. do C. A. A. **Participação social no Brasil hoje**. São Paulo: POLIS, 1998.

CARVALHO, M. I. **A política de cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social**. Locus Social, nº 2, p. 29-46, 2009.

_____. Introdução. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, p. 15-47, 2016.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nº 24, v. 3, p. 597-605, mar. 2008.

CEC – Comité of the European Communities. **European Governance: a white paper**. Brussels, 25 de julho de 2001. Disponível em: trade.ec.europa.eu/doclib/html/122254.htm. Acesso em: 22 set. 2016.

CECÍLIO, L. C. O.; MEHRY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Construção da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p. 197-210.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**. 18. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2012.

CEVASCO, M. E. **As dez lições sobre os Estudos Culturais**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. Cultura e democracia. **Crítica y emancipación. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales**, Buenos Aires: CLACSO, año 1, nº 1, p. 53-77, jun. 2008.

COHEN, M. D.; MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. A garbage can model of organizational choice. **Administrative Science Quarterly**, v. 17, nº 1, p. 1-25, mar. 1972.

CORRÊA, L. **Estudos sobre a rede urbana**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. p. 15-57.

COSTA, M. V.; SILVEIRA, R. H.; SOMMER, L. H. Estudos culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, nº 23, número especial, p. 36-61, maio.-ago, 2003.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Trad. de Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

CROUCH, C. **Post-democracy**. Cambridge: England: Polity Press, 2004.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: _____. **Anos 90** – política e sociedade no Brasil. Campinas/SP: Brasiliense, 1994. p. 103-115.

_____. Sociedade civil, participação e cidadania: do que estamos falando? In: MATO, D. (Coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004. p. 95-110.

DAHL, R. **Sobre a democracia**. Trad. de Bcatriz Sidou. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001. 230 p.

DEBERT, G. História de vida e experiência do envelhecimento para mulheres de classe média em São Paulo. **Cadernos do Ceru**, nº 19, p. 26-47, jun.1984.

DEPONTI, R. N.; ACOSTA, M. A. F. Compreensão dos idosos sobre os fatores que influenciam o envelhecimento saudável. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre, v. 15, nº 1, p. 33-52, 2010.

DINIZ, M. H. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. 18. Ed. Aum. Atual. De acordo com o novo Código Civil (Lei nº 10.406 de 10-1-2.002). São Paulo: Saraiva, 2002.

DUVERGER, M. **La participación des femmes à la vie**. Paris: Unesco, 1955.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

ETGES, V. E. Desenvolvimento Regional Sustentável: o território como paradigma. **REDES – Revista do Desenvolvimento Regional**, Santa Cruz do Sul, v. 10, nº 3, p. 47-55, set./dez. 2005.

_____; AREND, S. C. **CEPAL: leituras sobre o desenvolvimento latino-americano**. 1. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2012. 344 p.

ETZIONI, A. **La tercera via**. Trad. de José Antonio Ruiz San Román. Madrid: Trotta, 2001.

EUROSTAT – European Commission. **Annual Activity Report 2010**. Disponível em: http://ec.europa.eu/atwork/synthesis/aar/doc/estat_aar.pdf.

EVANS-PRITCHARD, E. Les systèmes de classe d'âge chez les Nuer. In: SANTERRE, R.; LETOURNEAU, G. (Ed.). **Vieillir à travers le monde**. Sainte-Foy: Les Presses de L'Université Laval, 1989. p. 125-131.

FALEIROS, R. R. A violência contra a pessoa idosa no Brasil. In: FALEIROS, V. de P. **Projeto apresentado à Secis/MCT – Pesquisa**. Brasília, 2007.

FALEIROS, V.P. A política nacional do idoso em questão: passos e impasses na efetivação da cidadania. In: ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN,

K. C. (Org.). **Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 537-569.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 1, nº 12, p. 360, jan.-abr. 2004.

FARIA, C. A. P. de. Ideias, conhecimentos e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **RBCS**, v. 18, nº 51, fev. 2003.

FERREIRA, O. G. L. et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, v. 15, nº 3, p. 357-364, set.-dez. 2010.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. et al. **Evaluación e intervención psicológica en la vejez**. Barcelona: Martínez Roca, 2002.

FERRIGNO, J. C. O idoso como mestre e aluno das novas gerações. In: ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). **Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

FILIPE, A. M. et al. Colectivos sociais na saúde em torno das doenças raras e do parto em Portugal. In: SERAPIONI, M.; MATOS, A. R. (Ed.). **Saúde, participação e cidadania**: experiências do Sul da Europa. Coimbra: Almedina, 2014.

FINAMORE, C. M.; CARVALHO, J. E. C. de. Mulheres candidatas: relações entre gênero, mídia e discurso. **Estudos Feministas**, v. 14, nº 2, p. 347-362, maio.-set. 2006.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORES, E. C. Dos feitos e dos ditos: história e cultura histórica. **Saeculum – Revista de História**, João Pessoa, v. 16, jan./jun. 2007.

FOLETTTO, V. T. (Org.). **Apontamentos sobre a história da arquitetura de Santa Maria**. Santa Maria: Pallotti, 2008.

FONSECA, A. M. Educar para a cidadania – motivações, princípios e metodologias. 2. ed. Porto: Porto Editora, 2010.

FONTES, V. **O Brasil e o capital imperialismo**: teoria e história. Rio de Janeiro: EPSJV/UFRJ, 2010. 384 p.

GARDNER, P. J. Envelhecimento saudável: uma revisão das pesquisas em Língua Inglesa. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 12, nº 2, p. 69-92, maio./ago. 2006.

GARRIDO, R.; MENEZES, R. P. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma expectativa epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, Suplemento 1, 2002.

GAUTHIER, A. Becoming a 209edaç adult: sem international perspective on the transition to adulthood. **European Journal of Population**, v. 23, nº 3-4, p. 217-23, oct. 2007.

GRESSLER, L. A. Entrevista. In: _____. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2. Ed. São Paulo: Loyola, 2004. p. 164-169.

GUEMPLE, L. La vieillesse chez les inuit. In: SANTERRE, R.; LETOURNEAU, G. (Ed.). **Vieillir à Travers le Monde**. Sainte-Foy: Les Presses de L' Université Laval, 1989. p. 107-112.

HABERMAS, J. **Between facts and norms**. Cambridge, England: Polity Press, 1996.

_____. El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal? **Revista de Comunicación**, v. 1, 2003.

_____. **Teoría de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1988.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.

_____. **Cidades@**. Rio Grande do Sul. Santa Cruz do Sul. Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431680. Acesso em: 3 jul. 2014.

_____. **Infográficos: evolução populacional e pirâmide etária**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php>. Acesso em: 2 ago. 2016.

_____. **Portal**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: ago. 2014.

INE – Instituto Nacional de Estatística. **Censos 2011**. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS.

_____. **Nuts 2013: as novas unidades territoriais para fins estatísticos**. Lisboa, 2015. Disponível em: [http://www.poci-competite2020.pt/admin/images/NUTS2013_\(1\).pdf](http://www.poci-competite2020.pt/admin/images/NUTS2013_(1).pdf).

_____. **Recenseamento 2012**. Disponível em: <http://www.ine.st/2012.html>. Acesso em: ago. 2014.

JOHNSON, R.; ESCOSTEGUY, A. C.; SHULMANN, N. **O que é, afinal, Estudos Culturais?** Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, nº 4, jul.-ago. 2008.

KANE, R. A.; KANE, R. L. **Evaluación de las necesidades en los ancianos**. Guía práctica sobre los instrumentos de medición. Madrid: Fundación de la Caja de Madrid, 2003.

KIST, R. B. B.; AEROSA, S. V. C. Envelhecer na perspectiva do envelhecimento satisfatório: o caso dos idosos do Vale do Rio Pardo. **REDES – Revista do Desenvolvimento Regional**, Santa Cruz do Sul, v. 19, ed. especial, p. 1-184, 2014.

KRÜGER, T. R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do Conselho de Saúde. **Planejamento e políticas públicas**, nº 22, dez. 2000.

LANKSHEAR, C.; KNOBEL, M. **Pesquisa pedagógica: do projeto a implementação**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 328 p.

LEITÃO, A. M. As lutas contra o salazarismo no Brasil: Estudos a serem aprofundados. **Projeto História**, São Paulo, nº 53, p. 275-285, maio.-ago. 2015.

LENCIONI, S. **Região e Geografia**. São Paulo: Edusp, 1999.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, nº 48, p. 101-110, dez. 2013.

LINDBLOM, C.E. The science of the muddling through. **Public_Administration Review**, nº 19, 1959.

LOPES, E. S. L.; PARK, M. B. Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. **Estudos de Psicologia**, v. 12, nº 2, p. 141-148, 2007.

LÜCHMANN, L. H. H.; ALMEIDA, C. C. R. A representação política das mulheres nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 13, nº 1, p. 86-94, jan./jun. 2010.

MACPHERSON, C. B. **A teoria política do individualismo possessivo: Hobbes a Locke**. Oxford: Clarendon Press, 1962.

MAIO, M. C.; LIMA, M. T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 1611-1613, 2009.

MARCHIORI, J. N. C.; NOAL FILHO, N. A. **Santa Maria: Relatos e impressões da viagem**. Santa Maria: UFSM, 1997.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINS, C. R. M. **O envelhecer segundo adolescentes, adultos e idosos usuários do SESC Maringá: um estudo de representações sociais**. Dissertação (Mestrado) –Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____ (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-29.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MIRANDA, A. S. Intergovernmental health policy decisions in Brazil: cooperation strategies for political mediation. **Health Policy Plan**, v. 22, p. 186-192, 2007.

MONIZ, M. J. P. V.; COSTA, D. N. O. B. da; ORNELAS, J. H. P. Desinstitucionalização de seniores com doença mental: a implementação de um modelo de transição e integração na comunidade. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, nº 10, dez. 2013.

MORAES, E. N. de. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. São Paulo: OPAS, 2012. 102 p.

MOREIRA; M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, nº 3, p. 795-805, 2009.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

NEY, M. S.; PIERANTONI, C. R.; LAPÃO, L. V. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, nº 104, p. 43-55, jan.-mar. 2015.

NERA – Núcleo de Estudos Regionais e Agrários. **RS: uma proposta de regionalização considerando os aspectos econômicos**. Santa Maria:–FAPERGS - Relatório Técnico PROADE 2, 2006.

NOGUEIRA, M. A. **Um estado para a sociedade civil – temas éticos e políticos da gestão Democrática**. 3. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

NUNES, J. A. Saúde e novas formas de governação. **JANUS**, v. 11, p. 96-97, 2008.

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development. **Citizens as partners**. OECD handbook on information, consultation and public participation in policy-making. Governance. OECD, 2001. Disponível em: <http://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/Citizens-as-Partners-OECD-Handbook.pdf>. Acesso em: 22 set. 2016.

OEPPEN, J.; VAUPEL, J. W. Limites quebrados à expectativa de vida. **Revista Ciência**, v. 296, edição 5570, p. 1029-1031, 10 de maio de 2002.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade em Saúde**. Lisboa, 2004. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf.

_____. **Dados de 2003**. Disponível em: www.who.int/en. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. **Dados de 2006**. Disponível em: www.who.int/en. Acesso em: 30 jul. 2014.

_____. **Declaração de Adelaide sobre a saúde em todas as políticas**. Relatório do Encontro Internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas, 2010a. Disponível em:

http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 61p.

_____. **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Relatório Mundial de Saúde, 2010b. Disponível em: http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf.

_____. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Resumo. OMS, 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.

ONU – Organização das Nações Unidas. **A ONU e as pessoas idosas**. Disponível em: www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. **Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento – 1986**. Adotada pela Resolução nº 41/128 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 4 de dezembro de 1986. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direito-ao-Desenvolvimento/declaracao-sobre-o-direito-ao-desenvolvimento.html>.

_____. **Plano de ação internacional para o envelhecimento**. Trad. de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2002.

_____. **World Assembly on Ageing**. Vienna, 26 de julho de 1982. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/devagenda/ageing.shtml>.

_____. **World population prospects 2004**. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>. Acesso em: 16 maio. 2016.

ORTIZ, R. **Mundialização e cultura**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. Estudos Culturais. **Tempo social**, São Paulo, v. 16, nº 1, jun. 2004.

PADOIN, P. G. et al. Análise comparativa entre idosos praticantes de exercício físico e sedentários quanto ao risco de quedas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, nº 2, p. 158-164, 2010.

PAIM, J. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 148 p.

PAZ, S. F. **Dramas, cenas e tramas**: a situação de Fóruns e Conselhos do idoso no Rio de Janeiro. 2001. 763f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2001.

PEREIRA, P. A. Sobre a Política da Assistência Social no Brasil. In: _____. **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

PISCO, L. **Reforma dos cuidados de saúde primários**. Reconfiguração dos Centros de Saúde Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde, Viseu, 12 de junho de 2007.

PORTUGAL. **Constituição da República Portuguesa**. Texto originário da Constituição, aprovada em 2 de abril de 1976. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/parlamento/documents/crp1976.pdf>.

_____. **Lei Constitucional nº 1/2001, de 12 de dezembro**. Quinta Revisão da Constituição. Disponível em: http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/crp_lc_2001.pdf. Acesso em: ago. 2016.

_____. Direção-Geral da Saúde. **A saúde dos portugueses**. Perspectiva 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>. Acesso em: jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Assembléia da República. Lei nº 56/79, de 15 de setembro de 1979. Cria no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura a protecção da saúde, nos termos da Constituição. **Diário da República**, Lisboa, I Série A (15) Setembro, p. 2357, 1979.

_____. Ministério da Saúde. Assembléia da República. Lei nº 48/90, de 24 de agosto de 1990. Lei de Bases da Saúde. **Diário da República**, Lisboa, I Série A (195), p. 3452-3459, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto-Lei nº 281, de 8 de novembro de 2003**. Disponível em: <http://www.leideportugal.com/primeira-serie/decreto-lei-n-o-281-2003-cuidados-saude-rede-unidade-160251>.

_____. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 101, de 6 de junho de 2006. **Diário da República**, I Série-A, n. 109, p. 3856-3865 de 6 de junho de 2006. Disponível em: <http://ucccb.pt/wp-content/uploads/2014/04/Decreto-Lei-n%C2%BA-101-2006-de-6-de-junho.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde, 2012-2016**. Diário da República. Direção Geral da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde e do Emprego e da Segurança Social. Despacho conjunto 259, de 1º de julho de 1994. **Diário da República**, II Série, n. 166, de 20 de julho de 1994. Disponível em: <http://www.seg->

social.pt/documents/10152/40199/DESP_CONJ_1994/98a8156e-de0e-4816-bb72-06228b62abbd.

_____. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Despacho conjunto nº 407/98. **Diário da República**, II Série, n. 138, 18 de junho de 1998. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp_C_407_98.

_____. Ministérios das Finanças e da Saúde. Portaria 159/2012, de 22 de maio. Fixa a estrutura nuclear da Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/300751/portaria-159-2012-de-22-de-maio>.

POWER, T. J.; TAYLOR, M. M. **Corruption and democracy in Brazil: the struggle for accountability**. Indiana: University of Notre Dame, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Portal**. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/?secao=documentos>. Acesso em: 14 jul. 2016.

PUTNAM, R. **Comunidade e democracia**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

QUEIROZ, M. S. **Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e paciente do SUS**. Campinas: Editora Unicamp, 2001.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. França. São Paulo: Ática, 1993.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

RAMALHEIRA, C. P. **Epidemiologia do Suicídio em Portugal, 1902-2010**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2010.

RECHIA, A. **Santa Maria: panorama histórico cultural**. Santa Maria: Ed. Associação Santa-Mariense, 1999.

REHER, D. S. A transição demográfica revisitada como um processo global. **População, Espaço e Lugar**, v. 10, p. 19-41, 2004.

_____. Rumo a um declínio demográfico de longo prazo: discussão de questões relevantes. **Revista Européia de População**, v. 23, nº II, p. 189- 207, 2007.

REMOALDO, P. C. A. A Geografia da Saúde portuguesa – sonhos e realidades. **Territoris Universitat de les Illes Balears**, nº 5, p. 33-48, 2005.

_____. **Normas para a redacção de trabalhos práticos em Geografia Humana**. Universidade do Minho/Núcleo de Investigação em Geografia e Planeamento, 2007.

_____; NOGUEIRA, H. **Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde**. Lisboa: Ed. Colibri, 2012.

RIGHI, L. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Belo Horizonte: Segrac, 2002. Disponível em: <http://www.agergs.rs.gov.br>. Acesso em: 17 ago. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **Dados abertos/saúde**. Acesso em: 23 set. 2016.

RODRIGUES, M. M. A. **Políticas públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

ROSA, M. J. V. **O envelhecimento da sociedade portuguesa**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. (Coleção Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos).

SAES, D. **A República do capital: capitalismo e processo político no Brasil**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001.

SAKELLARIDES, C. et al. **O futuro do Sistema de Saúde Português**. "Saúde 2015". Observatório do QCA III. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa/Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.

SANDOVAL, S. The crisis of the Brazilian labor movement and the emergence of alternative forms of working-class contention in the 1990s. **Psicologia Política**, Belo Horizonte, ano 1, v. 1, jan./jun. 2001.

SANTOS, A. M. dos et al. Desafios organizacionais para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Portugal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, nº 3, jul.-set. 2015.

SANTOS, A. I. et al. **Estratégias locais de saúde**. Lisboa, novembro de 2010. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/home/estrategias-locais-de-saude/>.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, nº 3, mar. 2011.

SANTOS, B. S. (Org.). **Democratizar a democracia – Os caminhos da democracia participativa**. Porto: Afrontamento, 2006.

_____. Epistemologías del Sur. **Utopía y Praxis Latinoamericana**, año 16, nº 54, p. 17-39, jul.-sept. 2011.

_____. Poderá o direito ser emancipatório? **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 63, 2003.

SANTOS, V. B. dos; TURA, L. F. R.; ARRUDA, A. M. S. As representações sociais de “pessoa velha” construída por idosos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, nº 1, p. 138-147, 2013.

SARDAR, Z.; VAN LOON, B. **Introducing cultural studies**. New York: Totem Books, 1998.

SEIBEL, E. **Cultura política e gestão pública**: os limites político administrativos para a efetivação de políticas públicas. Florianópolis, 1997. Mimeografado.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

_____; KLIKSBURG, B. **As pessoas em primeiro lugar**: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SERAPIONI, M.; MATOS, A. R. **Saúde, participação e cidadania**: experiências do Sul da Europa. Coimbra: Ed. Almedina, 2014.

SHIRKY, C. **A cultura da participação**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2012.

SILVA, A. S. S.; RIBEIRO, M. J. R. O serviço público de comunicação social como recurso da política cultural - a experiência portuguesa, 2002-2012. **Revista Lusófona de Estudos Culturais**, v. 1, nº 1, p. 183-205, 2013.

SILVA, C. S. da. A história da Avenida Rio Branco da cidade de Santa Maria: uma narrativa através da fotografia. **Oficina do Historiador**. Porto Alegre: EDIPUCRS, suplemento especial, p. 466-486, 27 a 29 de maio de 2014.

SIMÕES, J. de A. **Entre o lobby e as ruas**: movimento dos aposentados e politização da aposentadoria. 2000. 273f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SIMON, H. A. **Administrative behaviour**. Glencoe, Ill: Free Press, 1945.

SOUSA, P. A. F. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. –22, Especial - 70 Anos, p. 884-894, 2009.

SOUZA, L. M.; LAUTERT, L. Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, nº 2, p. 371-376, 2008.

SWIDLER, A. Culture in action: symbols and strategies. **American Sociological Review**, v. 51, 1986.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

TAVARES, R. **Direitos humanos: de onde vêm e para que servem?** 3. ed. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda S.A., 2013.

TIRELLI, C.; AGOSTINI, C. Sociedade civil, instâncias participativas e desenvolvimento: o caso dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento no estado do Rio Grande do Sul. **Redes** (Online), Santa Cruz do Sul, v. 20, nº 3, p. 284 - 302, set./dez. 2015.

THOMPSON, E. P. **As peculiaridades dos ingleses e outros artigos**. Campinas: Ed. Unicamp, 2001.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, nº 3, p. 849-853, maio.-jun., 2003.

VASCONCELLOS, C. S. **Coordenação do trabalho pedagógico: do trabalho político-pedagógico ao cotidiano da sala de aula**. São Paulo: Libertard, 2002.

VEDOVATE, F. C.; DELLORE, C. B. **Sociologia: poder, política e estado**. São Paulo: Editora Moderna, 2016.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, nº 3, p. 548-554, 2009.

VIEGAS, J. M. L.; FARIA, S.; SANTOS, S. Envolvimento associativo e mobilização cívica. O caso português em perspectiva comparativa e evolutiva. In: VIEGAS, J. M. L.; SANTOS, S.; FARIA, S. (Org.). **A qualidade da democracia em debate**. Deliberação, representação e participação políticas em Portugal e Espanha. Lisboa: Mundos Sociais, 2010. p. 157-180.

WANDERLEY, L. E. Massas e sociedade civil: notas para um estudo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 8, nº 2, abr.-jun. 2012.

WATANABE, H. A. W. **Rede de atenção à pessoa idosa**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social/Fundação Padre Anchieta, 2009.

WEBER, M. **Economia e sociedade**. 3. ed. v. 1. Brasília: UNB, 1994.

WILLIAMS, R. **Cultura**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

WILLIAMS, R. **Cultura e sociedade**. Trad. de Leônidas H. B. Hegenberg, Octany Silveira da Mota e Anísio Teixeira. São Paulo: Editora Nacional, 1969.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 23, nº 1, p. 5-26, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008: primary health care: now more than ever**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008.

_____. Europe ninth future forum on health system governance and public participation. Copenhagen: World Health Organization, 2006b.

_____. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

_____. **The world health report 2006**: Working together for health. Genebra, 2006a.

YÚDICE, G. Produzindo a economia cultural: a arte colaboradora do *insite*. In: _____. **A conveniência da cultura**: usos da cultura na era global. Trad. de Maria Anne Kremmer. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Instituição: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC
 Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional –
 Mestrado/Doutorado
 Endereço: Av. Independência, 2293 - Santa Cruz do Sul/RS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente da pesquisa “A participação política dos idosos na implementação das políticas públicas de saúde em Portugal e no Brasil, a partir do Plano de Ação Internacional para o envelhecimento”.

A pesquisa tem por objetivo compreender a construção, implementação, acompanhamento e avaliação Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, em especial as Políticas de Saúde, através dos estudos nas regiões de saúde Norte em Portugal e 4ª Coordenadoria Regional de Saúde no Brasil.

Para tanto, será utilizado um formulário de entrevista por pautas e a entrevista será gravada e depois transcrita para análise. Após esta etapa, as gravações serão descartadas.

- Declaro que recebi as informações pertinentes à pesquisa e estou ciente que fui informado:
- Do objetivo geral da pesquisa e dos procedimentos utilizados acima citados;
- Do caráter confidencial das informações, sendo preservado o sigilo rigoroso de minha identidade na publicação desta pesquisa;
- Que posso receber respostas às perguntas ou esclarecimentos a quaisquer dúvidas que eu possa ter sobre minha participação nesta pesquisa;
- Que minha participação é voluntária e posso ter a liberdade de solicitar meu desligamento da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo a minha pessoa;
- Que não há riscos nos estudos para os participantes;

- Que não haverá despesas com a participação nesta pesquisa, bem como não haverá compensações financeiras;
- Os benefícios em participar da pesquisa estão relacionados à produção de conhecimentos científicos sobre o Plano de Ação Internacional para o envelhecimento.

Declaro que recebi explicações claras sobre a pesquisa, todas registradas neste documento de consentimento. A pesquisadora respondeu e responderá, em qualquer momento do estudo, todos os meus questionamentos, até sanar minhas dúvidas. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim e arquivado pela responsável pela pesquisa. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome do participante: _____

Identidade: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Declaração de Responsabilidade do Pesquisador

Declaro que:

- Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios desta pesquisa;
- Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade;
- O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Tenho o compromisso de utilizar os resultados obtidos para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a esta pesquisa.

Diante de novas dúvidas ou considerações, o participante poderá entrar em contato com a responsável pelo projeto, Miriam Cabrera Corvelo Delboni através do telefone (55) 99535005 ou através do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISC, fone (51) 3717 7680.

Assinatura da pesquisadora responsável

Miriam Cabrera Corvelo Delboni

APÊNDICE B – Entrevista por pautas: roteiro de entrevista para os idosos**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Data Nasc. _____ Sexo: _____ () PORTUGAL () BRASIL

Local da Entrevista (Associação, sindicato, organização, Conselhos Saúde ou do Idoso, outros): _____

End: _____

Tempo de participação: _____

PAUTAS:

- Concepções sobre o envelhecimento;
- Concepções sobre as políticas sobre o envelhecimento;
- Concepções sobre a importância da participação do idoso nos processos para a efetivação das políticas;
- Concepções sobre a participação da mulher idosa nos espaços políticos;
- Participação em órgãos representativos: conselhos, associações, sindicatos, outros;
- Participação em alguma fase da construção e efetivação da política de saúde;
- Percepções sobre as motivações e as barreiras encontradas para participar;
- Percepção sobre as decisões tomadas, a partir do plano de ação para o envelhecimento de 2002;
- Percepções sobre sua influência nos processos de efetivação da política de saúde;
- Ações e programas implantados na região;
- Ações específicas em relação à saúde do idoso de 2002 até o momento.

APÊNDICE C – Entrevista por pautas: roteiro de entrevista para os gestores**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Data Nasc. _____ Sexo: _____ () PORTUGAL () BRASIL

Local da Gestão: _____

End: _____

Tempo de permanência no cargo: _____

PAUTAS:

- Concepções sobre o envelhecimento;
- Concepções sobre as políticas sobre o envelhecimento;
- Concepções sobre a importância da participação do idoso nos processos para a efetivação das políticas;
- Concepções sobre a participação da mulher idosa nos espaços políticos;
- Percepções sobre a participação dos idosos os processos sociais de construção/implantação das políticas de saúde;
- Percepções sobre as motivações e barreiras para a participação dos idosos na construção/implantação das políticas de saúde;
- Fatores que interferem na agenda de saúde da região;
- Programas e ações implantadas a partir do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento;
- Participação na formulação/implantação da política de saúde do idoso.