

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE
E COMUNICAÇÃO HUMANA - IPSSCH
CURSO DE PSICOLOGIA

LAURA TAMBORINDEGUY FRANÇA

Envelhecimentos (im)possíveis: problematizações críticas do sujeito pressuposto pelas
políticas públicas voltadas à população idosa

Porto Alegre, 2024.

Envelhecimentos (im)possíveis: problematizações críticas do sujeito pressuposto pelas políticas públicas voltadas à população idosa

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientador: Luis Artur Costa

Comentadora: Rosemarie Gärtner Tschiedel

Porto Alegre, 2024.

Agradecimentos

Impossível mencionar todas as incontáveis pessoas que permitiram essa caminhada até aqui.

Agradeço à minha família que, em casa ou de longe, se fez presente, me apoiou, me proporcionou condições e motivação para que continuasse indo atrás do que fazia sentido pra mim. O apoio e o exemplo que vocês são é imensurável.

Ao meu namorado, colega de profissão, atento e provocativo ouvinte das reflexões enquanto elas eram ideias antes de se tornarem palavras que compuseram esse trabalho, pela paciência e pelo apoio ao longo dos meses de muito trabalho.

Às amigas, pela descontração, pelo brilho, pelo propósito, pela paciência, pela parceria, pelas orações, pela torcida, eu agradeço imensamente. Às companheiras e amigas de aula e, agora, de profissão, eu agradeço pelas reflexões, pela perseverança, pela compreensão, pelos afetos, pelas trocas, pelas vulnerabilidades compartilhadas e pelas alegrias comemoradas. Admiro muito cada uma de vocês e vejo em todas exemplo e inspiração.

Aos meus Rondonistas favoritos, agradeço muito pela oportunidade que me proporcionaram de me (re)descobrir enquanto profissional e enquanto cidadã nesse país, de sentir ser construída uma amizade profunda e genuína em tão pouco tempo, que me provoca tanto carinho e me remete a tão boas lembranças.

A todas e todos que foram responsáveis por compor o meu processo de formação profissional, dentro e fora da Universidade, agradeço por investirem não só o tempo de vocês, mas o entusiasmo, e por tornarem sua profissão também um propósito cheio de sentido, política, implicação, afeto, revolta, dúvida e esperança.

Na Pesquisa e na Extensão, tive a grata oportunidade de participar de grupos e projetos. Agradeço ao Neurocog e à Profa Jerusa pelos anos de aprendizado que tive como aluna de Iniciação Científica. Ao Mapsic, ao Projeto Rondon, e aos diversos cursos que realizei, agradeço por terem contribuído com a minha formação e aberto portas.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, casa e referência ao longo desses anos, e a todas as pessoas que a compõem, por resistirem às ameaças de desmontes e ao discurso que busca desvalorizar o conhecimento científico, eu agradeço. Foi também pela UFRGS que tive a oportunidade de realizar uma mobilidade acadêmica de seis meses na Universidad de Granada, na Espanha, e de abrir ainda mais portas, perspectivas e reflexões na minha prática como mulher formada em Psicologia.

Pisei firme, mesmo com medo nas linhas que estiveram nas palmas das minhas mãos, consciente, cada vez mais, de que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá - e é bonito de entender.

Resumo

Este trabalho busca problematizar criticamente o conceito de pessoa idosa e de envelhecimento que se encontram tanto explícitos quanto implícitos nas políticas públicas voltadas para essa população, evidenciando as marcas necropolíticas da construção da relação do Estado Brasileiro com sua população considerada vulnerável. Tal delimitação conceitual se dá por meio da sistematização e análise crítica interseccional de documentos referentes a diferentes políticas públicas voltadas às pessoas idosas nos contextos federal, estadual e municipal, destacando que orientam, de forma direta ou indireta, as noções de sujeito, as pretensões e os objetivos presentes em tais políticas. A discussão é realizada a partir de conceitos como raça, classe social, gênero, interseccionalidade, necropoder, desigualdade sociais, entre outros, para destacar como as políticas públicas concebem as condições e possibilidades de vida e de envelhecimentos possíveis a diferentes setores da população brasileira. Se destacam criticamente algumas visões preconceituosas, estigmatizadas, violentas, discriminatórias e superficiais que frequentemente estão presentes em etapas de planejamento, desenvolvimento, realização e avaliação de tais políticas. Ao final, é apresentada uma reflexão sobre o papel da prática em Psicologia enquanto dispositivo político na promoção da qualidade de vida e na luta pelos direitos das pessoas idosas.

Índice

Agradecimentos.....	3
Resumo.....	4
Índice.....	5
Prólogo.....	6
1. Introdução.....	1
2. Metodologia.....	16
3. A análise crítica das políticas públicas voltadas à população idosa.....	17
3.1. Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa (EBAPI).....	17
3.2. Regimento Interno do Conselho Estadual da Pessoa Idosa (CEI).....	27
3.3. Regimento Interno do Conselho Municipal da Pessoa Idosa.....	27
3.4. O Programa de Envelhecimento Ativo de Porto Alegre.....	27
3.5. Plano Municipal da Pessoa Idosa de Porto Alegre (2016-2018).....	28
3.6. A Carta do 8º Fórum Social Mundial da População Idosa.....	54
4. Questões para discutir.....	55
5. Do que repercute em mim.....	63
Referências.....	67

Prólogo

Do que me mobiliza, é complexo falar: muitos elementos e experiências.

A vivência de cidadã brasileira que há toda uma vida habita uma realidade política de leis e programas de governo implementados e relativamente bem sustentados na teoria, mas que na prática e no dia a dia da população são pouco ou nada acessíveis, me mobiliza.

O fato de ser filha de dois profissionais que trabalham em serviços públicos que vivem rotineiramente as consequências, tanto como cidadãos, quanto como profissionais, de um sistema que falha em cumprir e oferecer o que ele mesmo promete à população, me mobiliza.

A vivência na Universidade Federal, como graduanda repleta de privilégios que permitem minha permanência na faculdade, mas que vê colegas que precisam se apoiar nas políticas de ingresso e permanência que muitas vezes são negligenciadas ou intencionalmente reduzidas/prejudicadas/aniquiladas, me mobiliza.

A experiência como estagiária de Políticas Públicas na UBS Santa Cecília, trabalhando com equipes engajadas e observando a sensação de impotência diante de situações delicadas de vida e de morte que poderiam ser prevenidas se houvesse adequada e suficiente atenção e assistência à população, o que é inviável nas atuais condições políticas e de trabalho, me mobiliza. As pacientes idosas e cuidadoras de idosos que atendi no serviço e que me mostraram, na prática, o quanto as intervenções de prevenção em saúde, em diversas esferas, têm potencial e transformam as realidades de saúde e adoecimento, me mobilizam.

Os estudos na Espanha, que me apresentaram uma nova perspectiva, teórica e prática, sobre o envelhecimento e sobre prevenção de doença e promoção de saúde, que serviram de exemplo pra pensar e repensar os envelhecimentos (como processo biológico, emocional, cognitivo, social, profissional..) e formas de vida que beneficiam um envelhecimento saudável, me mobilizam! A negligência percebida sobre a temática do envelhecimento me mobiliza.

O potencial que envolve as formas de envelhecer e as estratégias de usar recursos humanos e econômicos de uma região/população a favor da prevenção de doenças e promoção de saúde em diferentes contextos, para diferentes culturas, em diferentes espaços, me mobiliza. A provocação que é pra mim o uso do termo “envelhecimento de êxito” ou “ativo”, mas que, feitas as (muitas) ressalvas, prevê possibilidades de formas de envelhecer que façam sentido para os sujeitos e para a comunidade em que estão inseridos. As

percepções sobre um modelo de saúde muito mais assistencialista e remediativo do que preventivo me mobilizam e me angustiam.

Direitos básicos que, apesar de teoricamente óbvios e juridicamente possíveis, na prática, não são garantidos devidamente. No Brasil, as políticas públicas voltadas à população idosa têm como prioridade e com base na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento de 2002: o engajamento dos idosos no desenvolvimento social; a promoção de saúde mental e bem-estar; e a garantia de um ambiente propício e favorável para envelhecer. Como é possível pensar nisso em um país que tanto mata, apaga e invisibiliza vidas, pessoas e possibilidades?

Hoje também reflete a mudança de perspectiva que via o envelhecimento como processo de adoecimento e vulnerabilidade, e que hoje busca uma percepção que reconhece a pessoa idosa como parte de um grupo social ativo e importante para a sociedade. No entanto, também essa ambiguidade de que, ao mesmo tempo em que se busca esse entendimento, também é essa população objeto de políticas públicas que na Europa, por exemplo, estão dentro das políticas de “dependência”. Não que eu entenda que é possível não depender de nada nem de ninguém, inclusive do Estado, mas que se desdobra para questionamentos sobre qual dependência é essa, de quem e do quê. Dependência essa que, na Espanha, percebo definida como uma necessidade de proteção, de ajuda ou assistência à execução de atividades da vida cotidiana e de cuidados pessoais, ou um estado em que as pessoas se encontram, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual. No Brasil, mais ligada a uma tentativa de garantia de condições mínimas de sobrevivência.

Entendendo também que cada país, região, cultura, comunidade, etc. pode ter compreensões e possibilidades diferentes de envelhecimento, mas que, se falando de um fenômeno global ocidental, se reconhece um comum que é pelo menos o aumento dessa população inédito em termos estatísticos, que evidencia progressos e desenvolvimentos, mas também desafios, exige compreensão, mobilização, ação, organização, multiplicação de protagonismos e possibilidades.

1. Introdução

O envelhecimento demográfico vem se tornando um dos principais desafios a serem enfrentados por diferentes nações. Ao redor do mundo, fatores como a diminuição da mortalidade e da natalidade, o aumento da expectativa de vida, o avanço da ciência, entre outros fatores têm elevado rapidamente a expectativa de vida da população, o que exige adaptação em diversos aspectos por parte da organização social e dos Estados. Neste trabalho, busca-se destacar realidades que conduzem suas ações e políticas diante do envelhecimento de sua população de formas distintas, utilizando como exemplo o município de Porto Alegre (Rio Grande do Sul, Brasil).

Este trabalho é fruto de reflexão, estudo e escrita, após uma experiência de mobilidade em Granada, que provocou a pensar um contraste (entre muitos): do(s) envelhecimento(s) nas metrópoles colonizadoras e nas terras colonizadas. Esse contraste será explorado não com a intenção de comparar o que é proposto em cada país, pois compreende-se que tratam-se de realidades, contextos, culturas e histórias diferentes - por diversas razões -, mas de exercitar criticamente como cada sistema entende o envelhecimento, a pessoa idosa e os conceitos implícitos que são manifestados por meio das políticas públicas propostas. Nesse sentido, é importante ressaltar que não se tratam apenas dos privilégios econômicos que as populações europeias gozam em decorrência do longo e intenso processo de exploração dos continentes americano e africano, mas também do modo como se constituem suas políticas públicas, enquanto conjunto de práticas voltadas ao governo-constituição dos seus coletivos. Assim, busca-se compreender mais de como as políticas públicas sobre envelhecimento são pensadas nos diferentes contextos, considerando o território colonizado e marcado por desigualdades, cujo Estado é constituído pela dinâmica do necropoder.

As previsões de aumento da população idosa no mundo indicam que até o ano de 2030 o número de pessoas com mais de 60 anos de idade crescerá 56%, alcançando 1,4 bilhão. A estimativa para o ano de 2050 é de 2,1 bilhões Brasil (IBGE 2018). No mundo, o envelhecimento da população aparece tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, porém, com implicações e destaques específicos: com um caráter atual de maior urgência nos desenvolvidos, em que a população idosa já predomina na pirâmide etária e com um caráter de rapidez da transformação da pirâmide em países em desenvolvimento, como o Brasil Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2022b). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), de forma geral, é considerada população idosa o conjunto de pessoas com 65 anos ou mais. No Brasil, legalmente, a idade é de 60 anos.

Nas dimensões municipais, estaduais, federais, continentais e mundiais, esse efeito pode ser percebido diretamente por meio dos dados e das previsões demográficas disponíveis. Esses dados evidenciam os processos pelos quais essas populações vêm experimentando: apesar de semelhantes, distintos. E é a partir dessa compreensão que se desenvolverá esse trabalho, explorando as possibilidades, realidades e potenciais identificadas nas intervenções e políticas públicas direcionadas à garantia de direitos das pessoas idosas nesses diferentes contextos.

No Brasil, o Censo (IBGE, 2022b) indicou quanto ao crescimento demográfico, a menor taxa desde 1872 e o aumento da proporção de idosos em relação às demais faixas da pirâmide etária do país, enquanto jovens e crianças tiveram uma grande diminuição proporcionalmente. A previsão, segundo projeções do IBGE (2018), é que a população idosa brasileira aumente acentuadamente nas próximas décadas, apresentando um aumento que fará que em 2060, mais de um quarto da população brasileira teria mais de 65 anos, sendo que em 2012, 11,3% da população era maior de 60 e em 2021 essa faixa etária já correspondia a 14,7% do total (IBGE, 2018). No Rio Grande do Sul, estado com o maior percentual de idosos no país (Coimbra, 2023), a projeção do IBGE indica que a população maior de 60 anos deve duplicar até 2060. A capital do estado, Porto Alegre, é considerada a segunda cidade com mais idosos no país (IBGE, 2022b). Esses dados são importantes para entendermos a atual situação a nível nacional, estadual e municipal, e também para considerar as possíveis e prováveis consequências desse quadro no futuro, entre eles: a incapacidade de manutenção do sistema de previdência conforme existe atualmente, a insuficiência dos serviços assistenciais e de saúde públicos para atender às necessidades de uma população mais envelhecida, a discriminação contra a população idosa em diversos âmbitos, o aumento da população com deficiências ou mobilidades reduzidas. Espera-se que nos próximos anos o Brasil apresente um aumento significativo de quadros de demência, consequente também do aumento da população idosa no país (Herrera et al., 2002).

Na União Europeia, segundo dados divulgados em 2021, houve um crescimento de 3% da população idosa em comparação com a década anterior, alcançando em 2020 o índice de 20,6% da população europeia. Segundo os dados de “Estadística continua de población”, de 2023, do Instituto Nacional de Estadística Espanhol, na Espanha como um todo, a projeção do saldo vegetativo populacional espanhol para os próximos anos é negativa. Ao total, a população maior de 60 anos é de quase 13 mil.

Esse efeito mundial traz consequências importantes, como “a prevalência de condições crônicas potencialmente incapacitantes, a possível dependência para os cuidados

básicos de vida diária e o aumento da demanda por serviços de saúde. Esses fatores representam um desafio aos sistemas de saúde e previdência social, especialmente nos países em desenvolvimento com menor disponibilidade de recursos para investimento” (Vea et al., 2018; Vegi et al., 2020; Miranda et al., 2016; Romero et al., 2019). Por essas e outras razões, é fundamental a discussão sobre o envelhecimento e sobre as políticas públicas voltadas a encarar a nova realidade etária e suas consequências. Com isso, especialmente nas últimas décadas, as ações e políticas para encarar a composição demográfica foram tomando espaço e se tornando pauta ainda mais presente e prioritária nas proposições e discussões da Organização Mundial da Saúde (OMS). Diante dessa realidade, a Organização propôs encontros e programas, desenvolveu conceitos, proporcionou discussões acerca do tema, de acordo com as realidades mundial e regionais/nacionais. Além disso, definiu o período de 2021 a 2030 como a Década do Envelhecimento Saudável nas Américas. Essa iniciativa tem como finalidade estimular ações que proporcionem um envelhecimento saudável, otimizando a capacidade funcional dos idosos, pois, segundo a OMS, mais de 142 milhões de idosos não têm suas necessidades básicas atendidas.

Um dos conceitos que nos ajuda na reflexão crítica proposta neste trabalho é o de interseccionalidade. A perspectiva de que as relações de poder sociais e estruturais presentes na sociedade influenciam fortemente as possibilidades de experiências coletivas e individuais, permite uma análise crítica e propositiva em vários setores. Isso é fundamental para o desenvolvimento e problematização de políticas públicas que se destinam a reduzir as desigualdades sociais (nos vários aspectos) às quais é submetida a população brasileira. O conceito é usado como ferramenta analítica que escancara desigualdades já existentes e muitas vezes invisibilizadas, explorando como se relacionam entre si e com a complexidade do contexto em questão, considerando importantes marcadores de distinção social como raça, etnia, classe, gênero, faixa etária, orientação sexual, nacionalidade, deficiências, entre outros. Para além da desigualdade social, a interseccionalidade é um conceito que visibiliza, por exemplo, quais características ou grupos são prejudicados e vulnerabilizados, enquanto outros são ainda mais privilegiados ao longo da história. As intersecções entre diferentes marcadores de distinção social, no entanto, não operam mera soma de opressões intensificando-as, pois transformam em muito os modos e as práticas como tais opressões atingem diferentes populações. Em termos práticos, desigualdades replicadas nessas categorias são identificadas em contexto nacional e internacional em situações diversas de desigualdade: estatísticas de homicídios, de taxas de escolarização, de empregabilidade, de prisões, de salários, de acesso

e de qualidade de atendimento nos serviços de saúde, de moradia, entre muitos outros (Collins & Bilge, 2021).

Assim, por exemplo, populações idosas dos bairros ricos e brancos das capitais brasileiras têm se preocupado com as práticas de estilo de vida presentes nas chamadas “Blue Zones” (Buettner, 2019), como um modo de incrementar sua longevidade, ao mesmo tempo que a população que vive nas periferias destas mesmas cidades muitas vezes não chega aos 60 anos, em especial no que se refere aos homens. Nesta mesma linha, se a questão da ociosidade e da solidão se faz muito presente entre mulheres idosas das classes média e alta, a imposição da necessidade de trabalhar e a forte convivência comunitária nas periferias brasileiras faz com que tais demandas não sejam tão presentes nas classes populares.

Neste trabalho, usamos o conceito de interseccionalidade e as provocações escancaradas por uma reflexão crítica a partir dele como argumentos para problematizar as políticas públicas voltadas à população idosa no Brasil analisadas. Isso envolve pensar as concepções de vida, de saúde e doença, de direitos, e suas operacionalizações nos documentos analisados e deslocar comparações, conclusões e injustiças que se sustentam em uma lógica neoliberal, moralista e biomédica que invisibiliza, por meio de um discurso meritocrático, etarista e capacitista, desigualdades sociais de raça, classe, gênero e sexualidade, assim como suas interseções. Apenas compreendendo que essas (e outras) variáveis estão presentes quando se fala em políticas públicas e de como elas afetam a diferentes setores da população, portanto, é que se consegue propor políticas e ações que têm a equidade e a garantia de direitos (e de igualdade de condições de possibilidades) como objetivo. Os dados mais adiante apresentados no trabalho exemplificam: formas e condições de envelhecer de pessoas idosas negras e pessoas idosas brancas, de homens e mulheres, de pessoas de classes economicamente mais vulneráveis e mais privilegiadas, são diferentes e desiguais, por diversas razões, e determinam normas, normatizações sociais e políticas públicas destinadas a diferentes públicos quanto a formas de viver, idade, capacidade, moralidade, sexualidades, saúde e doença.

Isso implica também pensar e propor um conceito mais amplo sobre o envelhecimento, ao longo dos anos da pesquisa sobre o assunto, foi uma tentativa para universalizar, a partir de um mesmo parâmetro, a discussão. Atualmente, o conceito de “Envelhecimento Saudável”, “de Êxito”, “Ativo” tem sido usado para definir uma compreensão sobre o envelhecimento que predomina atualmente nas orientações da OMS (Petretto et al., 2016; World Health Organization, 2015). A OMS define envelhecimento saudável como “um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de

oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida”. Engloba também variáveis como a capacidade funcional, definida pela Organização como 1) capacidade de atender às necessidades básicas; 2) capacidade de aprender, crescer e tomar decisões; 3) mobilidade; 4) capacidade de construir e manter relacionamentos e 5) capacidade de contribuir. Essa definição vai para além de “anos de vida”, mas sugere, na campanha mais atual, que se adicione “vida aos anos” (Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2022).

A expressão “Blue Zones”, ou “Zonas Azuis” (Buettner, 2019), se refere a comunidades ao redor do mundo em que a longevidade é significativamente maior. São as seguintes: Essa lista inclui Okinawa (Japão); região da Barbagia da Sardenha (Itália); Península de Nicoya (Costa Rica); Ikaria (Grécia) e Loma Linda (Califórnia, nos Estados Unidos). Além de serem as regiões de maiores índices de longevidade, têm também menor taxa de casos de demência e de doenças cardiovasculares. Os autores identificaram principalmente nove variáveis que permitem essa realidade nesses contextos, os “The Power 9”, ou “Os poderosos nove”: manter-se em movimento fisicamente (de forma inserida na rotina); manter o consumo de comida próximo aos 80% de sensação de saciedade (o que acaba evitando aumento de peso); manter, na comunidade, o respeito aos mais velhos e à velhice; manter uma alimentação à base de plantas e o consumo moderado de vinho de boa qualidade; manter vínculos familiares e sociais; praticar atividades para reduzir o estresse (como meditações, orações, descansos e momentos de lazer); manter a espiritualidade; viver em comunidade (que envolve também o cuidado compartilhado entre os membros); cultivar sendo de propósito e sentido de vida.

Não há consenso sobre todos os fatores que influenciam comportamentos que predizem um “envelhecimento saudável”, inclusive porque o próprio conceito é discutido. No entanto, são propostos fatores como determinantes econômicos sociais, de personalidade, comportamentais, serviços de saúde e sociais, o entorno físico e o ambiente. Dentre eles, tabagismo, atividade física, alimentação saudável, consumo de álcool e substâncias, saúde bucal, fatores psicológicos, biológicos e genéticos, segurança (de moradia, de condições sanitárias), mobilidade educação, situações de violência ou vulnerabilidades, condições de trabalho, o convívio social e familiar, entre outros (Transmisibles & Mental, 2002). Além disso, aspectos como níveis de estresse, presença de propósito de vida e espiritualidade aparecem como importantes à qualidade de vida e à longevidade (Rocha et al., 2009; Horta et al., 2010). Dentre os aspectos sociais, incidem sobre a experiência de envelhecimento: o gênero, o contexto socioeconômico e a raça.

Considerando esses diversos fatores, o contexto brasileiro é singular devido à discrepância e à desigualdade existentes no país e ao quanto isso impacta na realidade da população e na discussão do envelhecimento. É a partir da perspectiva da interseccionalidade que uma leitura mais crítica e sensível sobre a percepção do envelhecimento na sociedade é possível. Considerando o fator gênero como marcador importante, a feminização da velhice aparece indicando que há diferenças significativas entre a expectativa de idade entre homens e mulheres, mas também sobre a qualidade de vida entre gêneros, que passa também pelas condições de saúde e de doença apresentadas pelos diferentes recortes de gênero. Na América Latina, evidencia uma maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens, e

“...é um reflexo tanto de diferenças na sobrevivência feminina quanto da dinâmica da migração interna dos países. Isso tem uma série de implicações para a formulação “de ações de políticas direcionadas para o envelhecimento saudável, o que, como será visto mais adiante, também envolve diferentes arranjos domiciliares” (Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2023).

Outra variável é a situação socioeconômica, que se reflete em uma variação na disponibilidade e no acesso a recursos econômicos, moradia (incluindo diferenças entre pessoas que vivem no meio urbano e no meio rural), alimentação, nível educacional, serviços de saúde, que determinam condições mais favoráveis ou não a maior qualidade e expectativa de vida (Guralnik & Kaplan, 1989; Petretto et al., 2016; World Health Organization, 2021). A racialidade é um fator importante que destaca uma das faces de uma discriminação racial histórica: o Brasil é negro, mas o envelhecimento é branco. Segundo o informativo do IBGE (2022a), “As desigualdades raciais são importantes vetores de análise das desigualdades sociais no Brasil, ao revelarem no tempo e no espaço a maior vulnerabilidade socioeconômica das populações de cor ou raça preta, parda e indígena”. Conforme aponta o Censo 2022, mesmo a maior parte da população brasileira se identificando como parda (45,3%) e, somada com a que se identifica como negra (10,2%), são os brancos os que respondem como maior proporção de pessoas idosas no país. (IBGE, 2022b)¹.

¹ Esses e outros dados foram divulgados pelo Censo 2022, recentemente divulgados pelo IBGE. Segundo esses dados, “O maior índice de envelhecimento foi o da população amarela (256,5), seguida da preta (108,3), branca (98,0), parda (60,6) e indígena (35,6)”. Isso não invalida a leitura apresentada ao longo do trabalho, pois, quando esses dados são analisados mais detalhadamente, é possível compreendê-los melhor. Um dos fatores que ajudam a compreender melhor esses dados é que eles acabam por separar pretos e pardos, dado que o conceito de população negra envolve a união dos dois grupos populacionais, enquanto a maior parte da população brasileira é declarada parda (por uma tradição de autodeclaração social). Outro fator é que o índice de envelhecimento é calculado dentro de cada pirâmide etária referente a cada raça, e se refere à proporção de pessoas idosas sobre a de pessoas a partir dos 14 anos, ou seja, a uma proporção interna do grupo populacional. Destacamos, inicialmente, a enorme diferença entre o índice da população indígena, que é muito inferior ao de outros grupos. Em que pese o índice de envelhecimento da população negra ser o segundo maior, ressaltamos

No contexto brasileiro, questionamos: Como falar em “Blue Zones” em um país em que a maior parte das mortes registradas no Boletim de Perfil de Morbimortalidade Masculina no Brasil (Brasil, 2018) é de causas externas (apresentado “agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada foi a principal causa de morte masculina, seguida de agressão por objeto cortante ou penetrante” como a principal), em que os registros apresentam dados apenas até a faixa etária dos 59 anos e não apresenta dados sobre as pessoas idosas? Em que o marcador racial é tão central quando se fala em dados de morte e envelhecimento da população? Em boletim que apresenta dados sobre a população idosa, é ressaltado que “Chama atenção a dinâmica da mortalidade em raças/cores distintas e os grupos etários. Os idosos pretos e pardos, ao longo do tempo, têm as menores proporções do total de óbito dos grupos etários mais novos, isto é, até 70 anos; enquanto idosos brancos e amarelos se concentram em grupos etários mais velhos, acima de 70 anos” (Brasil, 2022b).

Nesse sentido, recordamos o genocídio da população jovem negra que segue em curso no nosso país desde a escravatura até os dias atuais. E isso é evidente quando se observa os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, do Ministério da Saúde (Brasil, 2018) que em 2020 mostram alta desigualdade na taxa de homicídios por cor ou raça: “[...] pessoas de cor ou raça parda apresentaram taxa de 34,1 mortes por 100 mil habitantes e as de cor ou raça preta de 21,9 mortes, o que representa quase o triplo e o dobro, respectivamente, da taxa observada entre as pessoas de cor ou raça branca, 11,5 mortes por 100 mil habitantes”. O documento ainda ressalta que são vítimas principalmente homens entre 15 e 19 anos. Essa realidade nos provoca uma questão: como focar os cuidados no envelhecimento quando a urgência de pessoas sendo assassinadas e negligenciadas em sua juventude e idade adulta faz do envelhecer um privilégio acessado por poucas pessoas?

Tendo em vista que são diversos fatores que influenciam o processo de envelhecimento em seus diferentes âmbitos, com suas especificidades, torna-se um tema relevante para os Estados em suas dimensões: Nacional, Estadual e Municipal. As políticas públicas são compreendidas como programas e ações específicas, planejadas pelo governo, destinadas a um setor da sociedade, para cumprir um objetivo determinado. Podem ser desenvolvidas com a prerrogativa de garantia de acesso a direitos básicos e benefícios, e

que ele depende de outros fatores para além da idade. Enquanto a população branca excede, em número absoluto, a população nacional em cada faixa etária, a população negra é maior que a média nacional na faixa entre 20-59 anos. Já na faixa de 60 a 69, a população negra fica próxima à média brasileira, mas a partir dos 70 anos, fica consideravelmente abaixo da média populacional nacional. Destacamos que, na população declarada parda, é desde a faixa dos 50 anos que, em quantidade de pessoas, fica aquém da média do país. Uma alternativa complementar seria pensar a proporcionalidade da população em longevidade (dividindo o número de pessoas idosas sobre o das maiores de 14 anos), comparando as idades superiores desse grupo e com as médias gerais brasileiras - 72 para homens e 79 para mulheres. (Croquer e Pinhoni, 2023).

acabam, portanto, legitimando legalmente o que é compreendido como necessidade (ou falta) dos sujeitos-alvo delas, no contexto histórico, político, social, cultural e econômico vigente. Como propõem de Barros e do Carmo Pimentel (2012), podemos diferenciar “políticas de Estado”, “políticas de governo” e as que talvez mais nos interessam no presente trabalho, as “políticas do comum”: Uma política de Estado seriam ações que deveriam ser garantidas mesmo diante da alternância no poder, seguindo determinadas linhas, programas e projeto. É institucionalizada, permanece mesmo com a troca de governo. O SUS seria um desses exemplos. As políticas de governo, por outro lado, “têm institucionalização mais fraca e menor durabilidade ... dependem do arranjo de forças e das escolhas políticas, que determinam algumas ações e não possuem garantia legal de continuidade (de Barros e do Carmo Pimentel, 2012).

Dessa forma, pode-se entender as políticas públicas como meio pelo qual se busca concretizar direitos e operacionalizar valores e conceitos. No entanto, compreender as políticas públicas como dispositivos neutros reduz seu entendimento por não analisá-las também como formas de produzir formas de viver que determinam o que é esperado e possível, assim como o que é desviante e inacessível, de normatização da vida, dos corpos - e, assim, também do envelhecimento e das pessoas idosas.

Um contraponto a isso, a discussão feita pelas autoras propõe uma construção da política pública a partir da participação social “...em sua elaboração, planejamento, execução, monitoramento”. Seria a partir dessa “produção do comum” que, por meio de lutas sociais coletivas por interesses dos diferentes setores, seriam produzidas as políticas públicas. Ainda, “Trabalhar com políticas públicas na esteira do que estamos afirmando é construir coletivamente estratégias de transformar para conhecer uma dada realidade que se constitui a partir de semióticas singulares, é incluir diferentes protagonismos.” (de Barros e do Carmo Pimentel, 2012). É nessa perspectiva que este trabalho desenvolve suas problematizações e críticas sobre as políticas públicas nele analisadas, pensando os sujeitos não só como agentes passivos dessas políticas ou dos conceitos pressupostos que elas aplicam sobre eles, mas como agentes ativos e potentes na luta e na construção da garantia dos seus direitos como cidadãos.

Ao longo da história, o conceito de cidadão, como sujeito de direitos se referiu a grupos sociais específicos, uma vez que já foram reconhecidos como tal apenas os homens brancos e de classe média/alta. Atualmente, no âmbito jurídico brasileiro, é reconhecido como “cidadão” ou “sujeito de direito” toda pessoa (física ou jurídica), sem discriminação de qualquer ordem (idade, raça, sexo, religião, etc.). No Brasil, o percurso das lutas por políticas

públicas voltadas à população idosa é atual e relativamente recente, como retomada por Campos et al. (2020). O marco inicial das leis que tratam diretamente dessa população é a criação da Política Nacional do Idoso, de 1994, considerado o primeiro dispositivo legal a âmbito nacional sobre o assunto. Oito anos depois, em 2002, tem-se a implementação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) e a criação do Estatuto do Idoso, em 2003 (Lei n.10.741, 2003). Essas políticas vieram para reafirmar direitos constitucionais (previstos da Constituição de 1988), como de direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à alimentação, à saúde, à educação, cultura, esporte e lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação e ao transporte (Lei n.10.741, 2003). Com o aumento da relevância do tema ao longo das últimas décadas, mais políticas públicas a nível internacional, nacional, estadual e municipal foram desenvolvidas, em um movimento de atender às especificidades e necessidades dessa população em diferentes contextos. Com isso, no Brasil, a nível federal, tem-se a criação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), do Fundo Nacional do Idoso, do Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos pelo Conselho Permanente da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa (EBAPI).

No Brasil, o histórico de políticas públicas voltadas à população idosa contempla diferentes movimentos e momentos políticos, sociais e culturais até os dias de hoje e foi analisado por Campos et al. (2020). Entre as dificuldades para sua organização e implementação no país elencadas por Gottlieb et al. (2011) e Veras (2009), estão fatores como a extensão territorial nacional, o alto índice de desigualdade social e econômica e as especificidades da população idosa brasileira.

É a partir da década de 1920, com a lei de pensões e previdências, que a população idosa passa a compor a agenda política do país (Martins & Ribeiro, 2018), e a Constituição Federal (Brasil, 1998) reconhece a seguridade social como um direito do cidadão. Em 1994, é criada a Política Nacional do Idoso - PNI (Portaria MS/MG n. 2.528, 2006), que prevê ações para a garantia de direitos sociais para as pessoas maiores de 60 anos no Brasil e a criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), implementado apenas em 2002. Em 2003, é criado o Estatuto do Idoso (Lei n.10.741, 2003), grande avanço no campo das políticas públicas da pessoa idosa, pois reafirma princípios constitucionais de direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à alimentação, à saúde, à educação, cultura, esporte e lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação e ao transporte, e antecedeu outras políticas que ocorreram nos anos seguintes. Um dos

destacados avanços conquistados pelo Estatuto é a penalização aos que violam os direitos dos idosos.

Entre as principais identificadas por Martins & Ribeiro (2018), a definição da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2005; da Política Nacional de Saúde na Pessoa Idosa - PNSPI (Portaria MS/MG n. 2.528, 2006) em 2006. A PNAS universaliza os direitos sociais e o direito a benefícios e serviços, direciona legalmente à efetivação da assistência social como responsabilidade do Estado. A PNSPI propõe, com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), medidas para a promoção da recuperação e autonomia dos idosos, por meio da atenção integral em saúde. Além dessas, também são destacadas pelos autores a criação do Fundo Nacional do Idoso em 2010; do Compromisso Nacional para Envelhecimento Ativo em 2013; da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos pelo Conselho Permanente da Organização dos Estados Americanos (OEA) em 2015; e da EBAPI (Decreto n. 9.328, 2018), lançada em abril de 2018.

Percebe-se que, quando se fala de políticas públicas no Brasil, inclusive das voltadas à população idosa, a partir do olhar da interseccionalidade, as populações predominantemente atendidas por esses programas e ações são as de maior vulnerabilidade socioeconômica - o que inclui pessoas de baixa renda e minorias étnicas, como negros e pardos. Isso evidencia, mais uma vez, a enorme desigualdade existente no país - que se apresenta não só teoricamente, mas na prática. Embora, de forma ampla, as políticas públicas possam ser pensadas para diversos e diferentes públicos-alvo, quando se fala das que buscam garantia de direitos básicos (como o acesso aos serviços de saúde públicos, postos de saúde, assistência social, defensoria pública, entre outros), são sobre uma parcela da população que incidem com mais peso. Outro desafio relacionado à criação e efetivação das políticas públicas no país se refere ao fato de muitas delas serem políticas de governo e não de Estado, o que implica muitas vezes na sua descontinuação, seja ainda no seu desenvolvimento ou na sua execução, diante da mudança de governo.

Um dos pontos importantes a serem considerados quando se fala de políticas públicas é o caráter assistencialista que podem acabar tomando. Considerando que são mecanismos que se supõe serem criados a favor da garantia de direitos da população e que as formas de buscar concretizarem esse objetivo são diversas, também pode-se confundir sua intenção e seu efeito real. Em contextos de muita desigualdade social, em que direitos básicos não são acessados por grande parte da população, as políticas públicas muitas vezes servem para permitir sobrevivência e acabam, por consequência, tendo maior caráter de dependência. Em países em que há menor insegurança (quanto à própria sobrevivência) e desigualdade social,

as ações previstas pelas políticas públicas podem tomar outro caráter: menos emergencial, menos assistencialista, mais preventivo. Porém, em ambos os casos, as políticas públicas existem para concretizar e viabilizar ações que permitam ao Estado cumprir com seus deveres em relação à população. Pode-se compreender que, sendo dever do Estado, é direito da população contar com essa responsabilização do Estado em lhe proporcionar e garantir acesso a seus direitos previstos na Constituição.

Por isso, de certa forma, é possível considerar uma dependência, afinal, é ilusório imaginar um sujeito que viva em sociedade e seja completamente independente, pois a sobrevivência, a troca de recursos, a interação social, o controle exercido pelo Estado, e outros fenômenos, implicam a convivência com normas regulatórias existentes. Nesse sentido, as políticas públicas podem ser dispositivos de manutenção de dependência e de controle sobre parcelas da população (especialmente minorias mais vulneráveis), o que lhes dá maior caráter assistencialista. Por outro lado, as políticas públicas tem também potencial enquanto recurso de promoção de autonomia - entendida não como independência, mas como multiplicação de dependências -, quando consegue proporcionar recursos, meios, oportunidades e condições diversas para que os sujeitos acessem seus direitos tenham agência e poder de escolha sobre suas vidas.

Outro aspecto desenvolvido no trabalho parte da reflexão acerca da importância e do papel profissional na garantia de direitos dos idosos em diferentes dimensões: social, econômica, de saúde, etc. A formação profissional entra como fator fundamental e significativo na discussão da criação, do desenvolvimento e da implementação das políticas públicas, pois, além da parcela (explícita) técnica e objetiva da profissão, a construção profissional consolida também percepções e entendimentos de mundo, de política, de sujeito, de direitos e de organização social. O que podem, em alguns contextos, aparecer como conceitos (implícitos) fechados e absolutos, como o conceito de “Envelhecimento Ativo”, “Saudável” e “de Êxito”, em outros, é provocando: “Ativo como? Para quê? Saudável em que sentido? O que seria esse êxito?”, colocando em questão outros possíveis contextos, valores e interesses sobre a discussão. Quais seriam as condições de possibilidade ou critérios que delimitam um juízo de êxito para os processos múltiplos do envelhecer?

Pensar o conceito de envelhecimento de êxito, utilizado pela OMS, para além das proposições explícitas que faz, permite que se analise criticamente suas implicações sobre a população idosa e sobre a sociedade no geral. Entre os aspectos relacionados ao envelhecimento saudável proposto pela OMS, destacam-se ações em pilares como saúde, segurança, estímulo à participação e ao controle social, atenção integral e integrada,

formação e educação permanente dos profissionais que atuam com o envelhecimento (Ribeiro et al., 2017). Apesar de ser considerada muito importante a discussão sobre o conceito sobre as formas de envelhecer, compreender como exitoso um envelhecimento que atinge determinados marcadores preestabelecidos deixa à margem outras formas de ser, viver e envelhecer “menos exitosas”.

É importante analisarmos o que esse “êxito” significa e a quem ou ao quê serve, para além da ilusória impressão de que se referiria a um corpo saudável ou a uma vida de realização. Considerando o contexto capitalista, em que um corpo valorizado, um sujeito vivo é aquele que produz e consome, o “êxito” abrange essa dimensão à medida em que um idoso que circula, interage, consome, movimentando dinheiro é um idoso que atende aos interesses capitalistas do mundo, enquanto um idoso com menos recursos financeiros, menos possibilidades de mobilidade, menos status social ou capacidade de produção passa a ser menos prioritário ao sistema no que se refere à promoção e prevenção de vida e de saúde. Os corpos e os sujeitos menos privilegiados (como os idosos identificados com grupos de minorias sociais), por outro lado, são, se não abandonados e negligenciados, atendidos tanto quanto o mínimo necessário para que sobrevivam. Nesse sentido, a pessoa idosa para a ser “um corpo fora de atividade” e cada vez menos, um sujeito agente e protagonista das próprias escolhas, cuja forma de viver, se encaixada como um “fazer nada”, é equivalente a uma “não vida”, uma “não-produção”. Dessa forma, o movimento, ao invés de partir de uma valorização das vidas e das formas de viver por si só, os movimentos sociais, políticos e culturais dão margem a uma inclusão assimilatória, ilusória, que orienta uma não exclusão da população idosa condicional à sua permanência no modo de vida imposto a ela (ativo, produtor, consumidor).

Um conceito que permite elaborar a leitura do cenário e uma discussão é o conceito de necropolítica, que propõe uma forma de exercício do poder e do controle da população a partir de uma escolha de quem se faz viver (e como se fará isso) e de quais vidas são descartáveis. Segundo Dantas (2021), “(...) acrescentando que como a produção e o consumo capitalista baseia-se em excesso e descarte, o necropoder funciona determinando quais corpos são descartáveis e, por conseguinte, o trabalho deixa de dignificar humanos para ser uma estratificação da espécie humana”. O poder do Estado de decidir sobre as formas de viver e de morrer é determinado direta ou indiretamente pelas normas sociais previstas, que, por sua vez, são definidas a partir de interesses estabelecidos de forma macro, estrutural, na sociedade. É o estado que está a favor ou contra a população (ou a parcelas dela).

Queremos salientar aqui como a discussão a partir do necropoder se aplica nas reflexões sobre políticas públicas voltadas às pessoas idosas e ao(s) envelhecimento(s) propostas neste trabalho. Para além do conceito de “biopoder” proposto por Foucault (2008), o de necropolítica propõe desdobramentos que abarquem as especificidades dos territórios invadidos nos processos de colonização, nos quais ainda hoje perduram fortemente as lógicas da colonialidade. Para Foucault (2008), em sua análise da emergência do Estado e suas políticas no território europeu, há um movimento de virada do absolutismo e seus ritos públicos de punição (suplícios) para a emergência de práticas de governo dos modos de vida das pessoas e da população. No regime dos suplícios enquanto estratégia de controle da população, a ação do Estado se dava por meio de um “fazer morrer e deixar viver”, atingindo com as punições aqueles que se rebelaram diante das regras mas sem se dedicar a governar as condutas específicas dos que cumpriam com estas. No regime do biopoder temos uma virada que complexifica tais práticas de governo, operando uma divisão entre: pessoas que devem viver e pessoas que podem morrer (mais em relação a um campo biológico). Além disso, tais práticas de governo das condutas propõem a forma como tais pessoas e populações devem viver, disponibilizando possibilidades ou impossibilidades para cada uma delas, a partir de parâmetros normativos estabelecidos por um setor específico da sociedade). Foucault irá nomear tal regime enquanto Biopoder pelo fato destas práticas de governo se basearem em uma noção biológica de vida e buscarem em certa medida o incremento da capacidade de ação das pessoas e da população por meio tanto de práticas individuais (voltadas a uma anatomopolítica que incrementa a saúde do corpo individual do trabalhador) quanto populacionais (voltadas à promoção de natalidade e prevenção de morbidades e afins). Mas tanto nos Estados europeus quanto, em especial, nos Estados dos territórios invadidos e colonizados, racismo entra, nesse contexto, como um marcador de distinção social que tornaria “mais aceitável” a morte e a atuação assassina do Estado para com a população negra.

O conceito de necropolítica desenvolvido por Mbembe (2008) propõe que, mais do que separar entre os que devem viver e os que podem morrer, o governo opera definindo pela aniquilação dos corpos e subjetividades - não só “deixando morrer”, mas provocando e legitimando a morte de alguns. No contexto dos Estados emergentes nestes territórios colonizados, a máquina estatal e suas políticas públicas não surgiram como forma de defesa nacional de súditos e/ou cidadãos, mas sim enquanto dispositivo de repressão e guerra contra as populações indígenas e africanas, estendendo-se, posteriormente, tanto aos seus descendentes quanto às demais populações subalternizadas que vieram a ocupar esse

território. Assim, ao invés de constituir-se em função das figuras do cidadão e do trabalhador, tais Estados Coloniais se erguem em função da figura do inimigo, estabelecendo relações de domínio e aniquilação objetificantes desta população. Tal dinâmica dura mesmo em nossos dias, mesmo após as reformas constitucionais como a de 1988, pois se trata de uma lógica policial repressiva aniquilante e dominadora que insiste em diferentes dimensões dos processos de subjetivação do nosso país. Também como trazido por Elisabeth Falomir Archambault, na introdução do da tradução do livro *Necropolítica* (Mbembe, 2011 como citado em Dantas, 2021):

“Tais condições de dominação, de alienação e de morte reverberam atualmente quando há uma relação radical e transgressora entre Estado e cidadania por meio da manifestação do necropoder a toda população que vive em condição de precariedade: “[...] párias que não foram expulsos da sociedade do bem-estar,mas que ocupam as margens desta; seres invisíveis que habitam não lugares, cuja vida se fala nas mãos do necropoder”

Em paralelo, seguindo essa lógica de corpos que devem viver e corpos que devem morrer, a variável da idade se intersecciona com outras como as de cor, as de classe e escancaram uma realidade presente no contexto brasileiro que interfere nas condições de condições de envelhecimento no país. Essa leitura escancara a desigualdade social racial existente no contexto brasileiro e que será, de alguma forma, abordada neste trabalho, pois não se limita “apenas” a deixar de oferecer ou de facilitar acesso e condições, ou a determinar e condicionar formas de viver (e envelhecer), mas também envolve a ação que violenta pessoas negras e outras minorias - que, no escopo do nosso trabalho, fica evidente também pelos dados que indicam a desigualdade, por exemplo, de expectativa de vida entre homens brancos e negros no país.

Na realidade brasileira, outro exemplo do “fazer morrer” é em relação ao período de espera para início de tratamentos pelo SUS, ao funil de acesso a serviços de saúde que impõe barreiras burocráticas, estruturais ou à dificuldade aumentada à população periférica para chegar até os centros de saúde de maior complexidade. Muitas vezes é necessário realizar um deslocamento de um dia inteiro (ou mais, dependendo do caso), gastar dinheiro com alimentação, transportes, hospedagem, fora o tempo de trabalho perdido nesse período, por exemplo. No caso do câncer, que teve pela Lei Federal 12.732 (20120, determinado o prazo máximo de 60 dias para o primeiro tratamento de paciente com diagnóstico confirmado de câncer, muitos cidadãos enfrentam obstáculos para conseguir acessar os serviços a tempo suficiente de se recuperar - o que no caso deste diagnóstico é determinante para às chances de

melhora. Ainda em 2019, o Ministério Público Federal iniciou um processo contra os governos federal e estadual de São Paulo, afirmando, no documento, “que em 2019 cerca de 18,5 mil pacientes oncológicos no estado (18,6% do total de casos tratados) esperaram mais de 60 dias para iniciar o combate à doença e que não havia informações sobre quase 50 mil pessoas (45,22%)” (Pescarini, 2023). Assim, quais as chances de tratamento e cura em casos que dependem de uma espera tão longa ou da articulação do Judiciário por indenização pelas vítimas de câncer que não tiveram as condições de saúde previstas na Lei? Esperar que esses cidadãos sobrevivam nesse contexto é como esperar que, sem assistência ou condições suficientes para isso, o povo armênio atravessasse o deserto sírio quando foram expulsos das terras dominadas pelos otomanos (onde atualmente é região da Turquia) no ano de 1915. Salvas as diferenças entre as situações, questionamos, em ambos os casos: o que se esperava que acontecesse com as pessoas senão a morte? Havia outro fim possível diferente da morte, ainda que não tivessem assassinado diretamente cada um deles?

No caso do Brasil, essa realidade é evidente e consequência de diversos processos históricos que sucedem desde a invasão europeia em território em que viria a ser criado o estado brasileiro - na época, colônia de Portugal. O período colonial aparece como momento fundamental para a organização do território, da sua população e da sua relação com o governo e com o poder. A origem do estado brasileiro que se dá nesse contexto estabelece uma relação de um governo contrário à sua população, já que a constituição do Estado não se dá por uma proteção do território e da sua população (como ocorre nos países colonizadores), mas como uma forma do colonizador se fazer presente no território colonizado e se defender da população local (indígenas), vista como potencialmente insurgente e ameaçadora. A proposta deste trabalho abrange esse olhar sobre a singularidade do contexto brasileiro e pretende também utilizar o exemplo espanhol como forma de contraste, que permite marcar e evidenciar diferenças que ficam apagadas ou silenciadas por conta da naturalização da realidade brasileira de desigualdade e disparidade social.

Percebe-se um alinhamento do movimento político legal brasileiro no que diz respeito às políticas públicas voltadas à população idosa com o que é proposto pela OMS nas últimas décadas - pelo menos teoricamente. A chamada Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030) prevê especialmente quatro áreas a guiarem as intervenções: a mudança na forma como se pensa e se age em relação ao envelhecimento, a promoção de capacidades nas pessoas idosas, a garantia de atenção primária em saúde integrada e adequadas à população idosa e a oferta de condições de cuidado a longo prazo de pessoas idosas.

2. Metodologia

Para desenvolver essa discussão, utilizou-se, neste trabalho, conceitos que permitem uma análise crítica da discussão sobre políticas públicas para a população idosa e sobre o envelhecimento no contexto brasileiro, ressaltando algumas diferenças em relação ao contexto granadino. Propõe-se uma discussão inicial propondo reflexões e conceitos acerca da temática, e analisa-se criticamente o material que disponível online de algumas das políticas públicas brasileiras voltadas à população idosa: a EBAPI (Decreto n. 9.328, 2018), o Estatuto do Conselho Estadual da Pessoa Idosa do Rio Grande do Sul - CEI RS (Lei Ordinária n. 14.254, 2013), o Regimento Interno do Conselho Municipal da Pessoa Idosa (Lei Complementar n. 444, 2000), o Programa de Envelhecimento Ativo de Porto Alegre (Lei n. 11.155, 2011), o Plano Municipal de Porto Alegre de 2016 a 2018 (Canal et al., 2016-2018) e a Carta do 8º Fórum Social Mundial da População Idosa (Instituto Amigos do Fórum Social Mundial de Porto Alegre, 2023). Os materiais utilizados foram escolhidos por serem os disponíveis online, que, apesar de serem escassos, desatualizados, descentralizados e de acesso dificultado (já que não são fácil e diretamente encontrado nas páginas oficiais), permitiram uma análise crítica interna referente aos conceitos e proposições previstas (e internamente conflitivas) em um mesmo documento. Além disso, não foram encontrados online documentos que permitissem o levantamento e avaliação da execução de fato dessas políticas públicas analisadas, o que dificulta o contato com a real efetivação e efetividade (diagnóstico) dos planos e metas previstas.

A análise dos documentos descritos e analisados neste trabalho se organiza de forma a percorrer as esferas nacional, estadual e municipal, e evidencia um descompasso entre os conceitos sobre envelhecimento e sobre a população idosa ao longo de suas escritas nas três esferas. Esse descompasso é entendido não como acaso, nem isento de intenção e muito menos de consequências diretas e indiretas. Ao longo dos próprios documentos, identifica-se ambiguidades ou distorções significativas sobre o tema principal e o público-alvo das políticas públicas descritas, que dão margem a uma análise crítica das percepções explícitas e implícitas sobre a temática que passa inclusive sobre programas e políticas públicas nacionais. Esses conceitos identificados podem ser apresentados de forma explícita ou implícita e de formas diferentes ao longo do documento, por meio de conceitualizações teóricas ou operacionalizadas, assim como por meio das variáveis propostas como importantes à temática ou às intervenções ao público-alvo.

3. A análise crítica das políticas públicas voltadas à população idosa.

Os conceitos propostos na justificativa e na fundamentação teórica das políticas e das organizações são propostos para que haja uma compreensão do envelhecimento e das pessoas idosas que se propõe a operacionalizar de alguma maneira o seu público-alvo. No entanto, uma perspectiva interseccional permite analisar o quanto essas conceituações são coerentes com os planos, metas e áreas de atuação atreladas às políticas para idosos, dadas às diferenças sociais, raciais, políticas e culturais entre os países que, por exemplo, desenvolveram estratégias semelhantes às brasileiras para acolher a demanda da população idosa local. A discussão se propõe a questionar quais são os valores e quais os conceitos implícitos sobre envelhecimento e sobre a população idosa que se fazem presentes nessas ações sugeridas, assim como o que é invisibilizado em detrimento da priorização de outros aspectos. É possível que alguns trechos de análise e reflexão dos documentos expressem ambiguidades e contradições parecidas, deixando a leitura a seguir um pouco repetitiva, e isso é compreendido como uma consequência das percebidas semelhanças nos materiais analisados.

3.1. Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa (EBAPI)

A EBAPI (Decreto n. 9.328, 2018) é uma resposta do Estado brasileiro a proposições da OMS para a Década do Envelhecimento Saudável nas Américas. Essa política tem como objetivo, por meio de sua operacionalização e do seu desenvolvimento a nível municipal, atender à demanda da população idosa nos municípios, promovendo ações que permitam um envelhecimento saudável, cidadão e sustentável, a partir do enfrentamento das vulnerabilidades às quais são submetidas as pessoas idosas, com foco principal na intersetorialidade e a interinstitucionalidade (órgãos públicos e privados), nos idosos cadastrados no Cadastro Único (Lei n. 14.601, 2023), no protagonismo da pessoa idosa e no fortalecimento dos serviços públicos voltados a essa população. Seguindo um movimento das políticas anteriores, reforça a intersetorialidade e a integração das esferas estadual e municipal no referente às políticas públicas formuladas no âmbito federal.

Tendo o protagonismo da pessoa idosa como uma de suas principais diretrizes teóricas, a Estratégia operacionaliza que o compreende “relacionado com a independência, liberdade e consciência destes perante suas escolhas ações”, e pretende garantir a existência de lugares que fortaleçam de fato sua participação na construção e discussão de ações e políticas sobre o tema. Nesse sentido, segundo a OMS, a cidade amiga da pessoa idosa deve melhorar a vida dos idosos: saúde, autonomia, integração, participação, segurança e acesso

aos serviços são aspectos destacados. Adaptada a proposta internacional à realidade brasileira, a Estratégia propõe dimensões e metas específicas que baseiam o desenvolvimento e a execução, assim como o diagnóstico de cada município, e operacionalizam os objetivos gerais da Política. As dimensões são as seguintes: Ambiente físico, Transporte, Moradia, Oportunidades de participação, Respeito e inclusão social, Comunicação e informação, Oportunidades para aprendizagem, Apoio, saúde e cuidado e Protagonismo local (a ser adicionada por demanda de cada município brasileiro adepto à Estratégia).

Como a Estratégia prevê liberdade de escolhas sobre determinada quantidade de ações a serem cumpridas até o fim do período estipulado - que deveriam ser feitas a partir das necessidades identificadas pelo município no diagnóstico realizado -, a determinação de quais serão priorizadas também se torna uma escolha política que, direta ou indiretamente implica sobre o conceito e a compreensão que se tem sobre a população idosa e suas demandas. São 8 ações obrigatórias, pelo menos duas em cada uma das quatro áreas: Direitos Humanos, Saúde, Assistência social e Desenvolvimento humano) e 8 ações opcionais entre as 58 ações sugeridas nas demais áreas.

Na área de Direitos Humanos, deve-se escolher duas entre as três ações:

“1 – Realizar campanha de comunicação permanente de combate à violência contra a pessoa idosa; 2 – Fortalecer a rede de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa (capacitações, palestras, oficinas, seminários, etc...); 3 – Promover de forma semestral banco de dados de apuração das violências contra a pessoa idosa.”

O mesmo para a área de Saúde:

“1 – Implementar uma Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS, com base nas orientações técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde, organizada a partir das necessidades de saúde da pessoa idosa, identificadas por meio da avaliação multidimensional; 2 – Promover ações educativas e preventivas da saúde da pessoa idosa; 3 – Promover capacitação das equipes multidisciplinares de saúde no cuidado e atendimento da pessoa idosa.”

No entanto, para às áreas de Assistência social e Desenvolvimento humano, devem ser executadas duas das duas ações orientadas em cada uma delas, respectivamente: “1 – Apoio ao fortalecimento de centros-dia, residências inclusivas já existentes e outros equipamentos da assistência social (ILPIs e centros de convivência); 2 – Capacitação de gestores municipais, gestores e trabalhadores de ILPIs e Conselheiros Municipais.” e “1 - Desenvolver ações e programas de inclusão social e digital; 2 - Promover palestras intergeracionais nas escolas e universidades com a finalidade de eliminar o preconceito e a produzir

conhecimentos na temática da pessoa idosa”. Nas demais dimensões e ações propostas pela Estratégias, encontramos o seguinte:

Tabela 1. Ações opcionais propostas pela EBAPI.

AÇÕES OPCIONAIS (8 ações, sendo 1 em cada dimensão)	
Ambiente Físico	<p>1 - Construir calçadas acessíveis;</p> <p>2 - Construir espaços públicos acessíveis.</p> <p>3 - Instalar bancos (mobiliário urbano) nos percursos, praças e outros locais muito utilizados pela população idosa;</p> <p>4 - Instalar Pontos de Encontro Comunitários (mobiliário urbano para atividades físicas) em espaços públicos;</p> <p>5 - Instalar iluminação pública nos percursos (calçadas), praças e outros locais com possibilidade de uso à noite pela população idosa.</p>
Transporte e Mobilidade Urbana	<p>1 - Assegurar a gratuidade nos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos a partir dos 60 anos;</p> <p>2 - Assegurar a gratuidade nos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos a partir dos 65 anos;</p> <p>3 - Garantir a existência de transporte acessível, gratuito, para deslocamento da população idosa de uma localidade para outra, para receber benefícios, salários e ter acesso a outros serviços públicos, não existentes em sua localidade;</p> <p>4 - Capacitar os funcionários dos serviços de transporte público (coletivo e individual);</p> <p>5 - Instalar/manter sinalização de assentos prioritários para as pessoas idosas no transporte público municipal (ônibus, metrô, trem, barca);</p> <p>6 - Conscientizar a população sobre o direito de prioridade das pessoas idosas em assentos no transporte público;</p> <p>7 - Garantir acessibilidade dos transportes coletivos, preferencialmente com pisos baixos e sem escadas (no caso do transporte coletivo público rodoviário urbano e semiurbano), nos municípios com serviço de transporte público urbano;</p> <p>8 - Ampliar o número de pontos de ônibus acessíveis,</p>

	<p>preferencialmente cobertos, com bancos e espaço para cadeira de rodas, ou construir onde não existir;</p> <p>9 - Aperfeiçoar a sinalização de veículos de transporte público, estações, pontos de ônibus, espaços públicos, de forma adequada à leitura e compreensão de horários e trajetos;</p> <p>10 - Elaborar Plano de Mobilidade Urbana (municípios com mais de 20.000 habitantes).</p>
Moradia	<p>1 - Prover o serviço de fornecimento de Projeto-Padrão de Habitação Social com quesitos de acessibilidade;</p> <p>2 - Divulgar linhas de concessão de crédito para reforma de edificações;</p> <p>3 - Divulgar a prioridade das pessoas idosas na aquisição de imóvel para moradia própria em programas habitacionais (públicos ou subsidiados com recursos públicos) e garantir a reserva de pelo menos 3% das unidades habitacionais para atendimento às pessoas idosas;</p> <p>4 - Realizar campanhas sobre acessibilidade e segurança em casa;</p> <p>5 - Realizar campanhas sobre como economizar água, gás, eletricidade e assuntos similares.</p>
Participação	<p>1 - Criar ações em que a pessoa idosa possa mostrar o seu protagonismo.</p> <p>2 - Garantir a participação da pessoa idosa em conselhos de controle social, como Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa;</p> <p>3 - Fortalecer o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa e qualificar seus conselheiros;</p> <p>4 - Articular localmente órgãos e programas ligados à inclusão laboral, como Sine, Sistema S, Assistência Social, Pronatec etc., com enfoque na qualificação e empregabilidade da pessoa idosa, para incentivar a recolocação e manutenção do trabalhador que envelhece no mercado de trabalho.</p>

Respeito e Inclusão Social	<p>1 - Disseminar as prioridades dispostas nas Leis n.o 10.048/2000 (atendimento prioritário) e n° 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), inclusive a prioridade especial (maiores de 80 anos);</p> <p>2 - Articular localmente órgãos responsáveis por combate à violação de direitos da pessoa idosa, como ouvidorias, justiça, defensoria pública, ministério público, delegacias etc;</p> <p>3 - Estruturar localmente a Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (RENADI) para articular os órgãos governamentais e não governamentais locais que promovam políticas públicas intersetoriais destinadas à população idosa, incluindo a participação da sociedade civil e de conselhos;</p> <p>4 - Realizar campanhas educativas de prevenção de violência contra a pessoa idosa e divulgar serviços de acolhimento e tratamento das denúncias referentes à violação de direitos da pessoa idosa, como o Disque 100, Disque 180, Proteja Brasil;</p> <p>5 - Implementar ou ampliar serviços de acolhimento e tratamento das denúncias referentes à violação de direitos da pessoa idosa;</p> <p>6 - Implementar programas e projetos pedagógicos interdisciplinares com o tema envelhecimento humano;</p> <p>7 - Disseminar a informação sobre a importância e exigência legal da notificação de violências interpessoais e autoprovocada nos serviços de saúde e sobre a obrigatoriedade de comunicar os órgãos citados no Art. 19 do Estatuto do Idoso;</p> <p>8 - Promover eventos com atividades intergeracionais, esportivas, recreativas, culturais de interesse de pessoas idosas, em lugares diversos;</p> <p>9 - Estimular a manutenção e a ampliação de vínculos sociais (amigos, vizinhos, profissionais), além dos vínculos familiares;</p> <p>10 - Inclusão da pessoa idosa no Cadastro Único e nos respectivos programas sociais a que tem direito;</p> <p>11 - Inclusão da pessoa idosa em Serviços de Convivência.</p>
Comunicação e Informação	<p>1 - Favorecer o acesso da população idosa à internet, ao uso de</p>

	<p>computadores e celulares e outras tecnologias digitais;</p> <p>2 - Divulgar assuntos de interesse da população idosa: Estatuto do Idoso (Lei no 10.741/03); Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal; Benefício de Prestação Continuada (BPC); serviços e benefícios oferecidos pelos CRAS e CREAS;</p> <p>3 - Divulgar as oportunidades para atividades formativas e informativas voltadas para a população idosa.</p> <p>4 - Divulgar as atividades culturais e de lazer locais, bem como a meia-entrada (no mínimo 50%) e a prioridade em iniciativas artísticas, culturais e turísticas municipais.</p>
Oportunidades de Aprendizagem	<p>1 - Promover atividades formativas e informativas destinadas às pessoas idosas, como a alfabetização;</p> <p>2 - Desenvolver projetos de inclusão digital e socialização das pessoas idosas.</p> <p>3 - Desenvolver planos de educação continuada para requalificação profissional da pessoa idosa;</p> <p>4 - Estimular e/ou promover o compartilhamento de habilidades e práticas, como reparos caseiros, jogos de tabuleiro, receitas culinárias, costura etc. (aprendizagem não-formal);</p> <p>5 - Promover cursos de educação financeira (orçamento e investimento pessoal e familiar) ou outros cursos de empoderamento da pessoa idosa em áreas diversas;</p> <p>6 - Favorecer a estimulação e o aumento da capacidade cognitiva da pessoa idosa.</p>
<i>Campos de Saúde e Assistência Social (SUS e SUAS)</i>	<p>1 - Realizar atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos;</p> <p>2 - Divulgar e incentivar o calendário de vacinação para a maior adesão das pessoas idosas às campanhas;</p> <p>3 - Disseminar informação sobre a distribuição gratuita de preservativos, lubrificantes e medicamentos disponibilizados pelo SUS e de insumos com coparticipação, como às fraldas geriátricas;</p> <p>4 - Realizar a adesão à caderneta de saúde da pessoa idosa do</p>

	<p>Ministério da Saúde;</p> <p>5 - Divulgar informações sobre cursos e aplicativos sobre saúde da pessoa idosa ofertados gratuitamente pelo Ministério da Saúde;</p> <p>6 - Implementar ações para melhorar a qualidade do atendimento, em todos os níveis de atenção, considerando as diretrizes do programa Humaniza SUS;</p> <p>7 - Inclusão da pessoa idosa em Benefícios Eventuais.</p> <p>8 - Atendimento de pessoas idosas em situação de negligência, violência e violação de direitos nos CREAS;</p> <p>9 - Inclusão da pessoa idosa em Serviços Centro-Dia de Proteção e Cuidados;</p> <p>10 - Inclusão da pessoa idosa, com demanda para acolhimento em Serviços de Acolhimento;</p> <p>11 - Reordenação dos Serviços de Acolhimento para as pessoas idosas, conforme orientações técnicas;</p> <p>12 - Atendimento da pessoa idosa em situação de rua nos CREAs ou nos Centros Pop;</p> <p>13 - Promover ações de segurança alimentar voltadas para as pessoas idosas.</p>
Ações locais	4 ações criadas pelo município.

Analisando as ações opcionais dispostas pela Estratégia, nota-se os eixos considerados teoricamente importantes para a temática dos idosos, mas também outros elementos. Entre os itens de um mesmo eixo, as ações propostas, obrigatórias ou opcionais, variam no seu público-alvo, no campo de atuação, no tipo de investimento requerido. Enquanto essa variação e flexibilidade permite certa adaptação da Política a diferentes contextos, o que é positivo, mas também exprime outros conceitos que atravessam a compreensão do envelhecimento ou das necessidades da população idosa.

Na dimensão de Ambiente Físico, pontos fundamentais se referem a acessibilidade de espaços públicos que permitem a mínima locomoção nos percursos. Sendo a maioria das ações opcionais propostas nesse sentido, entende-se que essa é uma realidade significativamente presente no contexto brasileiro. Destaca-se aqui um dos itens que propõe a

instalação de “iluminação pública nos percursos (calçadas), praças e outros locais com possibilidade de uso à noite pela população idosa”, deixando à margem para compreensão de que haveria espaços frequentados pelos idosos enquanto outros não precisariam sequer estar preparados suficientemente para recebê-los. Nesse sentido, existe margem para identificar uma certa segregação por meio do uso do espaço público da cidade, por conta de sua acessibilidade ser definida de acordo com o público que se espera ou deseja receber ali. Outra ação sugerida se refere a “Pontos de encontro comunitários”, descrevendo-o como “mobiliário urbano para atividades físicas”, portanto, compreendendo como demanda da população idosa a disponibilidade de espaços para a realização desse tipo de atividade, mas o encaixando em uma estrutura descrita como se cumprisse função de ponto de encontro social/comunitário - nem propondo outras possibilidades como alternativas com esse fim. Essa proposta que pressupõe que o encontro, ou a aglutinação, de pessoas idosas promove troca e socialização acaba por reforçar um estigma “do velho na praça alimentando com milho as pombas” e oferece como alternativa (e “ideal”), de uma perspectiva biomédica e um tanto moralista, que ocupem os aparelhos de exercício físico e então estariam suficientemente atendidos. Questionamos, então, o quanto cabe, nessa lógica, à população idosa, qualquer prazer, entretenimento, interação, diferente de mexer o corpo para evitar o adoecimento. Existirem essas estruturas e essas possibilidades, são sim, formas de buscar a garantia de parte dos direitos e de parte da prevenção de doenças, no entanto, têm um viés e uma limitação quanto ao seu escopo real e outras necessidades do público-alvo no que diz respeito à promoção de qualidade de vida e de um bem-viver.

A categoria Transporte e Mobilidade Urbana também se refere a ações que seriam fundamentais à garantia de direitos da população idosa. Essas ações incluem a gratuidade em transportes públicos urbanos e semiurbanos para esse público, a capacitação de funcionários dos serviços de transporte público (sem especificar o que seria essa capacitação exatamente), a garantia da acessibilidade aos transportes (partindo, talvez, de uma compreensão de que torná-los acessível à sua população fosse quase arbitrário, a critério do governo). Interessante perceber que, nesse eixo, a maior parte das intervenções propostas se referem ao transporte coletivo e público, mas não identifica como demanda, por exemplo, o aperfeiçoamento da “[...] sinalização de veículos de transporte público, estações, pontos de ônibus, espaços públicos, de forma adequada à leitura e compreensão de horários e trajeto”, visando atender o público idoso que dirige seus próprios carros e pode ser beneficiado por uma melhora na apresentação dos sinais e placas de trânsito que dizem respeito ao tráfego no geral.

Na dimensão de Moradia, uma das ações propostas se refere a “1 - Prover o serviço de fornecimento de Projeto-Padrão de Habitação Social com quesitos de acessibilidade”, o que, por um lado, parece destacar ou reduzir o assunto da moradia ao da acessibilidade (ou à falta dela, como demanda). Além disso, explora uma compreensão de sujeito idoso que pode receber informações sobre como lidar com sua moradia e sobre recursos que tem à sua disposição para reproduzir maior autonomia. Entre eles, aparece como necessidade da população idosa informações sobre:

“[...] linhas de concessão de crédito para reforma de edificações”; “a prioridade das pessoas idosas na aquisição de imóvel para moradia própria em programas habitacionais (públicos ou subsidiados com recursos públicos) e garantir a reserva de pelo menos 3% das unidades habitacionais para atendimento às pessoas idosas”; “acessibilidade e segurança em casa”; “como economizar água, gás, eletricidade e assuntos similares”.

A última categoria da tabela foi nomeada pela autora deste trabalho como “Campos de Saúde e Assistência Social”, por predominarem essas dimensões nas ações propostas e nos campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS). No documento original, essa categoria aparece não identificada. É nela que estão mais especificadas propostas voltadas à prevenção de doenças, mais do à promoção de saúde - pelo menos são as primeiras muito mais detalhadas que as segundas. No campo da Assistência Social, predominam as propostas remediativas, como acolhimento e melhora no atendimento de pessoas idosas que já sofrem algum tipo de negligência, risco ou violência, em diferentes serviços públicos existentes.

Nas propostas de divulgação e informação, toma importância a temática das violências contra os direitos das pessoas idosas. Para além de indicar preocupação com essa realidade, identifica um risco significativo com a segurança dessa população em diferentes esferas, pois orienta algum tipo de campanha/ação também destinada a profissionais que atendem essa população e devem estar informados de como proceder em casos de violência ou de não proteção a seus direitos. Tal preocupação evidencia a existência de um marcador etarista gerontofóbico que torna a população idosa alvo de uma série de violências em âmbito doméstico e público. Como no caso das violências motivadas por questões de gênero, orientação sexual, deficiência e raça, vemos neste caso atos que são produzidos e sustentados por afetos de ódio voltados a um segmento populacional específico. Soma-se a isso o fato de que a possível perda de mobilidade e de força física incrementa a vulnerabilidade desta população às violências físicas, psicológicas, patrimoniais, financeiras, sexuais, etc. O

isolamento doméstico vivido por algumas pessoas idosas nas cidades apenas intensifica tal quadro.

Contudo, salienta-se aqui que propor ações na política voltadas à divulgação e informação sem prever metas específicas ou a forma como devem ser realizadas, pode torná-las ações passivas e pouco efetivas. É diferente uma divulgação sobre “o direito de prioridade das pessoas idosas em assentos no transporte público” realizada nas redes sociais (menos acessadas pelo público idoso) e outra feita nos próprios meios de transporte públicos em questão. No entanto, ainda mais assertiva pode ser uma campanha que preveja ambas as ações, além de implicar os funcionários envolvidos nos serviços em questão, para que tenham consciência dos direitos de seus respectivos passageiros. São exemplos de situações semelhantes, propostas nas seguintes temáticas: “oportunidades para atividades formativas e informativas voltadas para a população idosa”, “atividades culturais e de lazer locais, bem como a meia-entrada (no mínimo 50%) e a prioridade em iniciativas artísticas, culturais e turísticas municipais”, “calendário de vacinação”, “distribuição gratuita de preservativos, lubrificantes e medicamentos disponibilizados pelo SUS e de insumos com coparticipação, como às fraldas geriátricas”.

O meio de divulgação determina não só o acesso à informação, mas também determina o público ao qual se interessa comunicar. Uma ação opcional proposta apresenta a divulgação sobre “assuntos de interesse da população idosa: Estatuto do Idoso (Lei no 10.741/03); Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal; Benefício de Prestação Continuada (BPC); serviços e benefícios oferecidos pelos CRAS e CREAS”. Nesse caso, mais do que a temática a ser divulgada, fica evidente a qual público se destina a informação. No contexto brasileiro, a população idosa mais beneficiada por programas e políticas como essas é a que vive em maior vulnerabilidade socioeconômica, é a que vive à margem e busca recursos para sua sobrevivência. Nesse caso, é interessante analisar como e por quê são definidos como “assuntos de interesse da população idosa” políticas como essas - e não qualquer outro.

Vemos mais uma vez aqui o quanto o contexto brasileiro tem se ocupado mais de garantir acesso a direitos básicos de qualquer cidadão (direito ao ir e vir, à habitação, à saúde e assistência), não sendo propriamente a promoção de políticas voltadas a produção de um modo de vida, à promoção de um bem-viver deliberado pela nossa sociedade para as pessoas idosas. Identificamos menos uma busca de incrementar e transformar as políticas públicas em geral (assistência, saúde, transporte, habitação), e mais uma tentativa de minimamente reduzir a exclusão ou a dificuldade do acesso das pessoas idosas a tais direitos básicos, posto que a

idade soma-se aqui como um fator de incremento de risco bio-socioeconômico de vulnerabilidade.

3.2. Regimento Interno do Conselho Estadual da Pessoa Idosa (CEI)

O Regimento interno Conselho é o documento que regula a constituição e a organização do Conselho. O CEI é considerado órgão permanente vinculado à Secretaria da Justiça e dos Direitos Humanos (SJDH) e é composto de forma paritária entre representantes de órgãos governamentais (16 membros) e de organizações representativas da sociedade civil (16 membros). Ele tem o objetivo de deliberar e fiscalizar políticas públicas e ações voltadas à pessoa idosa, deliberando, organizando, planejando, orçamentando e executando as políticas estaduais e nacionais que abrangem o respectivo território. Para isso, prevê-se que deve, entre outras atribuições, acompanhar a realidade que envolve o idoso, solicitar pareceres sobre assuntos de interesse da pessoa idosa e tornar público os resultados de todas as ações do Conselho. Suas ações abrangem diversas áreas tangentes ao público-alvo, salientando a relevância da interdisciplinaridade da temática, como “a conscientização e informação para defesa e promoção de direitos, a promoção de eventos, campanhas educativas, estudos no campo da promoção, defesa e proteção integral dos direitos da pessoa idosa”, estimulando também entidades privadas e órgãos públicos para a qualificação de equipes interdisciplinares responsáveis pela execução de seus programas. É previsto que suas ações tenham em vista a garantia do cumprimento dos direitos da pessoa idosa, relacionados às temáticas de gênero, violências, justiça e direitos humanos, trabalho, assistência social, saúde, educação, cultura, meio ambiente, segurança pública, turismo, esporte e lazer, habitação e saneamento, desenvolvimento urbano e rural (Lei Ordinária n. 14.254, 2013).

3.3. Regimento Interno do Conselho Municipal da Pessoa Idosa

O Conselho Municipal da Pessoa Idosa (COMUI), segundo sua legislação, tem sua composição, atividades e responsabilidades determinadas. É composto por 7 representantes governamentais sindicatos pelo poder executivo (sendo eles, das seguintes secretarias: Secretaria Municipal de Governança Local, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Cultura, Secretaria Municipal Adjunta do Idoso, Secretaria Municipal de Esportes, Recreação e Lazer e da Fundação de Assistência Social e Cidadania) e 10 não governamentais, classificadas conforme sua categoria predominante de atendimento (sendo 8 com atendimento direto e 2 com indireto - estes

eleitos por votação realizada no Fórum Municipal do Idoso) e deve ter encontros de frequência semanal. O COMUI tem função articuladora, consultiva, deliberativa, propositiva, fiscalizadora e normativa, com o objetivo reunir esforços dos órgãos públicos e entidades não governamentais na construção de diretrizes de políticas sociais para o idoso no município de Porto Alegre (Lei Complementar n.444, 2000). Nessa perspectiva, tem suas ações nos seguintes campos: condições de vida, saúde, lazer, bem-estar, direitos constitucionais e legais, educação, cultura, esportes e lazer e assistência social. Tem dever de agir na criação, direção e implantação de políticas específicas, na fiscalização, na promoção de encontros e eventos, na garantia da execução das políticas públicas para a pessoa idosa, na gestão dos recursos financeiros do Fundo Municipal do Idoso. É, portanto, o órgão, a nível municipal, responsável pelo campo das políticas públicas voltadas à população idosa. O documento ainda refere ser seu posicionamento direcionado aos direitos e ao bem-estar da pessoa idosa. Por isso, tão relevante é a legítima representação e participação política do público-alvo em questão, que, de forma organizada, pode se fazer presente e ter suas necessidades e demandas debatidas nos espaços públicos deliberativos.

3.4. O Programa de Envelhecimento Ativo de Porto Alegre (REF, Lei 11.155 de novembro de 2011)

O Programa tem como objetivo, segundo a lei: “I – contemplar a assistência integral ao idoso, considerando suas necessidades específicas; II – estimular um modo de viver mais saudável em todas as etapas da vida, principalmente aos idosos; e III – favorecer a prática de atividades que contribuam para a melhoria da qualidade de vida.”, por meio da ação articulada e conjunta de diferentes esferas e instituições públicas, privadas, não governamentais (ONGs) e governamentais. Prevê a criação de um Grupo de Trabalho sobre Envelhecimento Ativo, composto por membros das Secretarias Municipais de: Direitos Humanos (SMDH); da Saúde (SMS); de Esportes, Recreação e Lazer (SME); da Cultura (SMC); de Educação (Smed); da Produção, Indústria e Comércio (SMIC); do Trabalho e Emprego (SMTE); de Acessibilidade e Inclusão Social (SMACIS); de Turismo (Smtur); e de Urbanismo (SMUrb); e da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC). As diretrizes previstas da Lei se referem à promoção do envelhecimento ativo a partir da intervenção sobre o ambiente, buscando afirmar direitos e protagonismo, de sua autonomia e independência, da atenção integral (socioassistencial e de saúde) à pessoa idosa, por meio da articulação multissetorial. Aparecem novamente temáticas como a notificação e a prevenção de violências, o fortalecimento da proteção e defesa da pessoa idosa, como diretrizes específicas,

que refletem a realidade portoalegrense nesse sentido. Além disso, também são apresentadas diretrizes que contemplam o atendimento preferencial; o incentivo à socialização (familiar, comunitária e intergeracional); a capacitação continuada dos profissionais que lhes prestam atendimento; a ampliação de oportunidades para aprendizagem e acesso à cultura; o desenvolvimento de estudos relacionados ao envelhecimento; o acompanhamento e controle social por parte de entidades representativas; a divulgação da política nacional e municipal do idoso.

3.5. Plano Municipal da Pessoa Idosa de Porto Alegre (2016-2018)

Na esfera municipal, o documento disponível oficialmente de forma online referido como O Plano Municipal da Pessoa Idosa de Porto Alegre é relativo ao período de 2016 a 2018. Não foi encontrado um plano mais atualizado a ser analisado, portanto, esse material será o utilizado neste trabalho. O Plano é uma forma pela qual ficam definidas políticas, projetos, responsabilidades e resultados, visando educação para o envelhecimento ativo, o debate do papel da pessoa idosa na sociedade, a promoção de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos idosos no geral. Se propõe a ser transversalmente composto por quinze secretarias, por compreender que a temática do envelhecimento como uma questão pública de responsabilidade de todos (família, sociedade e Estado) e como um direito social dos idosos. Assim como este trabalho, o documento faz uma retomada de outras políticas voltadas à garantia de direitos dos idosos e apresenta no que o Plano Municipal se diferencia das demais e acrescenta a esse escopo.

A Política Nacional do Idoso é descrita como uma política que busca viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio com às demais gerações, que está relacionada à integração intergeracional. Engloba também aspectos sobre participação política, a prioridade do cuidado familiar do idoso em detrimento a outras instituições, o investimento em recursos humanos em geriatria e gerontologia, a prioridade no atendimento, a direito à informação e educação, a importância da realização de estudos e pesquisas sobre o tema, a criação de centros de convivência e casas lares, a formação universitária (sobre e para idosos), a condições de trabalho e de mercado desiguais, a acessibilidade urbana e moradia, a direito a esporte, lazer e cultura no geral.

O Estatuto do Idoso é apresentado, no Plano, como uma política específica mais direcionada à garantia de direitos das pessoas idosas. Seria proposto um conceito que contempla “um discurso mais equilibrado entre a atenção a uma velhice bem sucedida e uma fragilizada por agravos à saúde, rompimento de vínculos, negligências e maus-tratos” (Canal

et al., 2016-2018). Também seria nessa política, segundo o documento, que apareceria reforçada a relevância de temas como saúde física e mental para o aperfeiçoamento moral e intelectual dessa população. São retomados tópicos como os discursos acerca da violência contra a população idosa, a prioridade do cuidado familiar em detrimento ao institucional e asilar, a isenção do transporte coletivo público e a preferência nos atendimentos.

Além disso, são mencionadas outras políticas e leis implementadas no município, que contextualizam a elaboração e a implementação do Plano. Entre eles, a Lei Orgânica do Município de Porto Alegre; leis complementares como a que implementa o Conselho do Idoso (Lei Complementar n. 444, 2000), o Fundo Municipal do Idoso (Lei Complementar nº 660, 2010), que regulamenta acessibilidade e estrutura nos transportes coletivos (como os degraus) (Lei n. 7.146-A, 1992), o Programa de Atendimento aos Idosos em situação de risco pessoal e social (Lei n. 8.276, 1999), a Eliminação de barreiras arquitetônicas nos ambientes públicos (Lei n. 8.317, 1999), a Instalação de caixas preferenciais em bancos (Lei n.9.380, 2004), a Política Municipal de Proteção ao Idoso (Lei n. 10.160, 2007), a Reserva de vagas em estacionamentos públicos (Lei n. 10.396, 2008), os Assentos nos hipermercados (Lei n. 8.244, 1998), o Agendamento telefônico nas Unidades de Saúde de POA (Lei n. 10.819, 2010), o direito a acompanhante nos hospitais (Lei n. 10.834, 2010), os Bancos preferenciais em transporte coletivo público (Lei n. 11.277, 2012), o Programa Municipal do Envelhecimento Ativo (Lei n. 11.155, 2011), entre outros.

Nesse sentido, o Plano é considerado uma política inédita do município de Porto Alegre, cidade que, à época, já era a capital com maior número de idosos no país. Apesar do município já ter, à época, programas voltados a essa população, como casas lar, grupos de convivência, Centro Dia para o Idoso (Resolução CNAS n. 109, 2009), campanhas de vacinação para idosos, Programa Melhor em Casa (Portaria n. 825, 2016), eventuais eventos esportivos, culturais e recreativos, entre outros, o Plano assume o compromisso de definir metas específicas, implementar essas e outras políticas, em uma permanente interlocução com a sociedade civil organizada. Para isso, é determinado que deve ser incluído no Plano Plurianual da cidade. Entre os seus objetivos, nas diversas áreas, pretende gerar orçamento que viabilize ações, aumentar rede de atendimentos em saúde da família e dos idosos em situação de rua, promover cursos de capacitação para idosos no mercado de trabalho, etc. Para isso, é organizado em oito eixos principais: assistência social, cultura, esporte e lazer, educação, habitação, urbanismo e acessibilidade, saúde, segurança e direitos humanos, trabalho e previdência social, transporte. Inclui também “ações voltadas à divulgação, fiscalização e monitoramento, que permitem o constante controle social das ações propostas

por parte dos idosos e pelas organizações representativas e pela sociedade” (Canal et al., 2016-2018).

Tabela das Metas do Plano Municipal do Idoso (2016-2018)

EIXO 1 - ASSISTÊNCIA SOCIAL					
Órgão	Objetivo	Entrega	Ano - Metas		
			2016	2017	2018
FASC	Promover ações de convivência, socialização, integração e organização social, de forma complementar ao trabalho social com famílias, com vistas ao processo de um envelhecimento saudável, ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, à prevenção de situações de risco social e à conquista de direitos da pessoa idosa.	Ampliar o número de idosos atendidos no SCFVIdosos, priorizando os vazios de atendimento da política de Assistência Social na cidade e as regiões com maior concentração de idosos, como: Centro, Noroeste e Leste.	1.700 Idosos atendidos por mês	1.800 Idosos atendidos por mês	1.900 Idosos atendidos por mês
FASC	Criar e elaborar o jornal “A Voz do Idoso” sob a responsabilidade da comissão de idosos integrantes do SCFVIdosos, visando à promoção de habilidades e conhecimentos, socialização das ações realizadas nas regiões e divulgação das necessidades dos idosos enquanto cidadãos de direitos.	Editar 1.500 exemplares por semestre, totalizando 3.000 em 2016 e 4.000 até 2018.	3.000 Exemplares elaborados	3.500 Exemplares elaborados	4.000 Exemplares elaborados
FASC	Semana do Idoso da FASC. Promover espaço de reflexão sobre os direitos dos idosos, de integração, convivência	Aumentar para 1.900 idosos participantes da semana do idoso.	1.700 Idosos participantes	1.800 Idosos participantes	1.900 Idosos participantes

	e promoção social.				
FASC	Colônia de Férias para Idosos. Oportunizar aos idosos atendidos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos, da rede própria e conveniada, aos idosos atendidos nos Centros do Idoso e na Casa Lar do Idoso da FASC, acesso à Colônia de Férias no litoral gaúcho, enquanto ação de prevenção de riscos sociais, de convivência, integração, promoção e ampliação da circulação social, com oferta de transporte, hospedagem e alimentação no período de 05 dias no Município de Tramandaí.	Aumentar para 600 idosos participantes da Colônia de Férias.	450 Idosos participantes	500 Idosos participantes	600 Idosos participantes
FASC	Prevenir agravos que possam desencadear rompimento de vínculos familiares e sociais; prevenir confinamento de idosos e/ou pessoas com deficiência; identificar situações de dependência; prevenir o abrigo institucional; oferecer possibilidades de desenvolvimento de habilidades e potencialidades, a defesa de direitos e o estímulo à participação cidadã.	Realizar busca ativa para mapeamento da demanda socioterritorial caracterizada pela presença do idoso em situação de dependência, com o cadastramento desta demanda específica no CadÚnico; realização de microrredes intra e intersectoriais para discutir e planejar o atendimento de forma integrada; Construção de equipe técnica para realização deste Serviço com	-	01 regiões de implantação do serviço	03 regiões de implantação do serviço

		contratação de 01 Assistente Social, 01 Psicólogo e 01 Educador Social).			
FASC	Centro Dia do Idoso. Oferecer atendimento especializado às pessoas idosas com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por risco e/ou violação de direitos.	Aumentar para 75 o número de idosos atendidos no Centro dia do idoso.	55 Idosos atendidos	55 Idosos atendidos	75 Idosos atendidos
FASC	Casa Lar para Idosos. Oferecer acolhida em espaço de moradia garantindo proteção integral à idosos com vínculos familiares e/ou comunitários rompidos ou fragilizados em situação de rua.	Aumentar para 48 o número de vagas para acolhimento de idosos com autonomia.	24 Idosos atendidos	24 Idosos atendidos	48 Idosos atendidos
FASC	Acolhimento em Instituições de Longa Permanência - Convênio. Promover o acolhimento para idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivências de situações de violência e negligência, em situação de rua e abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, a fim de garantir proteção integral.	Manter o atendimento de 229 idosos ao mês.	229 Idosos acolhidos	229 Idosos acolhidos	229 Idosos acolhidos
SMGL	Fomento à política e Conselho Municipal do idoso. Aumentar a captação de recursos e melhoria nos investimentos em assistência prestada ao idoso.	Captar recursos para fomento à política de assistência ao idoso.	7,5 Recursos captados em milhões de R\$	8 Recursos captados em milhões de R\$	8,1 Recursos captados em milhões de R\$

EIXO 2 - CULTURA, ESPORTE E LAZER					
Órgão	Objetivo	Entrega	Ano - Metas		
			2016	2017	2018
SME	Ofertar diversas e diferentes atividades físicas, esportivas, recreativas e de lazer, adequando-as às características e necessidades da população idosa, promovendo uma melhor qualidade de vida e envelhecimento bem sucedido.	Ampliar para 114.300 atendimentos à população idosa até 2018.	114.100 Atendimentos a idosos	114.200 Atendimentos a idosos	114.300 Atendimentos a idosos
SME	Realizar circuitos esportivos nas 17 regiões de Porto Alegre fomentando a prática saudável e o intercâmbio entre os diversos grupos da cidade com a promoção de atividades físicas, esportivas, recreativas e de lazer para idosos.	Realizar circuitos esportivos nas 17 regiões de Porto Alegre.	08 Regiões do OP com circuito esportivo	12 Regiões do OP com circuito esportivo	17 Regiões do OP com circuito esportivo
SME	Promover diferentes eventos durante o ano, voltados à educação para o envelhecimento, cidadania, promoção à saúde e qualidade de vida, como: Encontro sobre Envelhecimento, Jogos Municipais da Terceira Idade, Espetáculo de Talentos da Terceira Idade e participar dos jogos de integração da pessoa idosa do Rio Grande do Sul.	Aumentar a participação de idosos nos eventos da SME.	1.100 Idosos participantes	1.200 Idosos participantes	1.300 Idosos participantes

SMC	Empoderar a pessoa idosa para participação nos processos de produção cultural em oficinas descentralizadas.	Aumentar para 30% em 2018 a inserção da pessoa idosa nas oficinas descentralizadas nas 17 regiões do OP.	20% Percentual de Idosos Participantes	25% Percentual de Idosos Participantes	30% Percentual de Idosos Participantes
EIXO 3 - EDUCAÇÃO					
Órgão	Objetivo	Entrega	Ano - Metas		
			2016	2017	2018
SMED	Alfabetizar jovens, adultos e idosos que não acessaram a escola na idade própria.	Oferecer 650 vagas para idosos no Programa Brasil Alfabetizado no período de 2016 a 2018.	250 Matrículas de idosos efetuadas no EJA	200 Matrículas de idosos efetuadas no EJA	200 Matrículas de idosos efetuadas no EJA
SMED	Proporcionar aos alunos interessados a continuidade de estudos, ou a iniciação dos mesmos, nas 35 EMEFs com EJA já existentes.	Oferecer 300 vagas para idosos nas 35 EMEFs eue oferecem a modalidade EJA.	300 Matrículas de idosos efetuadas no EJA	300 Matrículas de idosos efetuadas no EJA	300 Matrículas de idosos efetuadas no EJA
SMED	Promover as ações que articulem as leituras de diferentes faixas etárias, como possibilidade de provocar empatia e respeito entre os envolvidos. Proposta intergeracional entre as EMEFs e os idosos que se encontram nas casas de longa permanência.	Tornar 10 escolas participantes de atividades intergeracionais.	10 Escolas participantes	10 Escolas participantes	10 Escolas participantes
SME	Articular ações que contemplem a participação de jovens, adultos e idosos na promoção de uma sociedade mais saudável, contemplando	Aumentar para 13 o número de escolas com EJA e Escolas Especiais participantes das comemorações	11 Matrículas de idosos efetuadas no EJA	12 Matrículas de idosos efetuadas no EJA	13 Matrículas de idosos efetuadas no EJA

	a inclusão dos envolvidos nas comemorações alusivas ao mês do idoso.	alusivas ao mês do idoso.			
EIXO 4 - HABITAÇÃO , URBANISMO E ACESSIBILIDADE					
Órgão	Objetivo	Entrega	Ano - Metas		
			2016	2017	2018
SMOV	Garantir às pessoas, em especial aos idosos, espaços de lazer confortáveis e iluminados.	Concluir iluminação pública em 25 praças e parques ao ano, garantindo aos idosos espaços de lazer mais seguro.	25 Praças e parques iluminados	25 Praças e parques iluminados	25 Praças e parques iluminados
SMOV	Construir e conservar passeios públicos em praças, parques, em frente a prédios públicos e viadutos para manter o conforto da circulação de pedestres.	Garantir a construção e conservação de 10.000 m ² de passeios públicos em praças e parques.	10.000 m ² de passeios conservados	10.000 m ² de passeios conservados	10.000 m ² de passeios conservados
SMOV	Conservação de vias pavimentadas com asfaltamento e calçamento para minimizar os problemas causados pelo desgaste do asfalto agravados pelo excesso de chuva.	Garantir a execução de 200.000 m ² de vias conservadas.	200.000 m ² de vias conservadas	200.000 m ² de vias conservadas	200.000 m ² de vias conservadas
SMOV	Conscientizar os cidadãos sobre a responsabilidade no processo de conservação dos passeios públicos (calçadas) para que não ofereça aos pedestres e idosos perigo de queda ou tropeço. Programa Minha Calçada.	Manter as notificações do Programa Minha Calçada.	55.000 Notificações efetivadas	55.000 Notificações efetivadas	55.000 Notificações efetivadas
SMAC	Elaborar, a partir do	Atender as metas	260	270	280

IS	mapeamento das necessidades, projetos de obras de rebaixamento de calçadas para Pessoas com Deficiência (PCD) e mobilidade reduzida (idosos).	estabelecidas de número de projetos de obras de rebaixamento de calçadas.	Projetos de rebaixos de calçadas elaborados	Projetos de rebaixos de calçadas elaborados	Projetos de rebaixos de calçadas elaborados
SMAC IS	Implantar rebaixos de calçadas para melhoria da acessibilidade na cidade.	Atender a execução de rebaixos em ruas e praças da cidade.	200 Rebaixos de calçadas executados	200 Rebaixos de calçadas executados	200 Rebaixos de calçadas executados
SMAC IS	Incentivar que os estabelecimentos visitados fiquem enquadrados dentro da legislação, assegurando o direito das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida (idosos). Entrega do Selo de Acessibilidade aos estabelecimentos públicos e privados de Porto Alegre.	Entregar Selos de Acessibilidade conforme metas estabelecidas aos estabelecimentos que foram considerados parcialmente acessíveis.	32 Selos de Acessibilidade entregues	35 Selos de Acessibilidade entregues	40 Selos de Acessibilidade entregues
SMAC IS	Promover cursos de capacitação para abordagem cidadã a PCDs e pessoas com mobilidade reduzida (gestantes, idosos, etc.) para servidores e a sociedade civil.	Aumentar o número de pessoas capacitadas para abordagem cidadã a PCDs e pessoas com mobilidade reduzida (gestantes, idosos, etc).	110 Pessoas capacitadas	120 Pessoas capacitadas	130 Pessoas capacitadas
SMAC IS	Realizar eventos de inclusão alusivos a PCDs e com mobilidade reduzida (idosos).	Aumentar o número de participantes em eventos direcionados a este público (PCDs) e mobilidade reduzida (idosos).	6.600 Participantes em eventos	6.700 Participantes em eventos	6.800 Participantes em eventos

SMAC IS	Facilitar o deslocamento de PCD's e mobilidade reduzida(idosos) em eventos esportivos, fazendo o transporte através de carrinhos elétricos (golf).	Aumentar o número de pessoas com mobilidade reduzida e PcDs transportadas em eventos.	400 Pessoas transportadas	450 Pessoas transportadas	500 Pessoas transportadas
EIXO 5 - SAÚDE					
Órgão	Objetivo	Entrega	Ano - Metas		
			2016	2017	2018
SMS	Contratação de Geriatras para qualificar o atendimento ao Idoso.	Contratar 1 Geriatra por Gerência Distrital até 2018 (total de 8 geriatras).	02 Pessoas capacitadas	03 Pessoas capacitadas	03 Pessoas capacitadas
SMS	Capacitar as equipes de saúde nas principais Síndromes Geriátricas: Polifarmácia, Protocolo do Idoso, Quedas, Violência ao Idoso, Notificação de Violência, Fatores de Risco em Doenças Crônicas, DST/AIDS; para qualificar o atendimento ao idoso.	Capacitar as Equipes da Estratégia e Núcleos de Saúde da Família.	30 Equipes capacitadas nas Unidades de Saúde	30 Equipes capacitadas nas Unidades de Saúde	30 Equipes capacitadas nas Unidades de Saúde
SMS	Melhorar a Independência e Qualidade de vida dos Idosos através da manutenção do fornecimento de Órteses e Próteses e materiais de auxílio aos Idosos – OPMs.	Manter o fornecimento de próteses e órteses em pelo menos 30% do total de OPMs dispensadas.	30% Percentual de fornecimento de órteses e próteses	30% Percentual de fornecimento de órteses e próteses	30% Percentual de fornecimento de órteses e próteses
SMS	Composição de Grupo de Trabalho, tendo em vista a elaboração de Plano para fornecimento de Óculos para melhorar	Elaborar plano de fornecimento de óculos.	100% Percentual de elaboração do plano	-	-

	a acuidade visual de Idosos.				
SMS	Oferecer Atendimento Domiciliar à pessoa idosa através da ampliação do Programa Melhor em Casa, garantindo a Atenção Domiciliar.	Ampliar para 15 equipes de atendimento domiciliar do Programa Melhor em Casa até 2018.	12 Equipes Implantadas	13 Equipes Implantadas	15 Equipes Implantadas
SMS	Implantar a coleta de exames em domicílio, para idosos acamados.	Implantar a coleta de exames em domicílio para idosos acamados em uma Gerência até 2016.	100% Percentual de implantação em uma equipe	-	-
SMS	Constituir Grupo de Trabalho com vistas à elaboração de Proposta para a Média Complexidade em Saúde do idoso.	Elaborar plano de trabalho para melhoria do atendimento na Média Complexidade em Saúde do idoso.	100% Percentual de elaboração do plano	-	-
SMS	Qualificar o atendimento ao idoso institucionalizado através da fiscalização das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs) segundo a Norma RDC 283.	Ampliar as inspeções em ILPIs clandestinas em todos os territórios da cidade.	70% ILPIs cadastradas inspecionadas	75% ILPIs cadastradas inspecionadas	80% ILPIs cadastradas inspecionadas
SMS	Oferecer Atendimento Domiciliar à pessoa idosa através da ampliação do Programa Melhor em Casa, garantindo a Atenção Domiciliar.	Divulgar o Estatuto do Idoso e tipos de Violência ao Idoso em Locais de Grande Circulação, Pronto Atendimentos, Centro de Especialidades, Hospitais e Unidades Básicas de Saúde.	100% Percentual de locais com recebimento de material	100% Percentual de locais com recebimento de material	100% Percentual de locais com recebimento de material

SMS	Garantir a Informação à População Idosa através da divulgação dos Serviços e Rede de Atenção do Idoso de Porto Alegre.	Atualizar o Site da Área Técnica da Saúde do Idoso e Informativos nas Unidades Básicas de Saúde.	20% Percentual de atualização do site	50% Percentual de atualização do site	100% Percentual de atualização do site
SMS	Imunizar os Idosos diminuindo complicações e risco de morte através da manutenção da Vacinação dos Idosos segundo principais doenças transmissíveis deste grupo.	Manter anualmente a vacinação para os Idosos que procuram os serviço público de saúde.	80% Percentual de idosos imunizados	80% Percentual de idosos imunizados	80% Percentual de idosos imunizados
SMS	Ofertar fármacos em geriatria através da qualificação da Lista Básica de medicamentos incluindo fármacos de interesse à população idosa.	Revisar a Lista Básica de medicamentos incluindo fármacos de interesse à população idosa até 2016.	100% Percentual de revisão da lista	-	-
SMS	Ampliar a oferta de consultas para Idosos.	Garantir 20% do total de consultas para os idosos.	20% Percentual de consultas para idosos	20% Percentual de consultas para idosos	20% Percentual de consultas para idosos
SMS	Qualificar o atendimento aos idosos através da apresentação de projeto junto ao Conselho Municipal do Idoso (COMUI) para formação de cuidadores de idosos.	Apresentar projeto ao COMUI para formação de cuidadores de idosos até final de 2016.	100% Entrega do projeto no COMUI	-	-
SMS	Aumentar a participação dos Idosos nas decisões das Políticas de Saúde através do Conselho Municipal, Local e Distrital de Saúde.	Aumentar em 30% a participação de idosos nos Conselhos de Saúde.	10% Percentual de participação de idosos no CMS	20% Percentual de participação de idosos no CMS	30% Percentual de participação de idosos no CMS
SMS	Oferecer aos idosos	Ofertar 20% das	5%	10%	20%

	terapias integrativas (acupuntura, homeopatia, etc.) respeitando a sua preferência quanto ao tratamento que escolher.	consultas em terapias integrativas aos idosos.	Percentual de consultas em terapias integrativas	Percentual de consultas em terapias integrativas	Percentual de consultas em terapias integrativas
SMS	Tratamento do alcoolismo e drogadição nos idosos, através de trabalho específico no Centro Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).	Oferecer em todos os CAPS AD tratamento da drogadição e alcoolismo nos idosos.	100% Percentual de CAPS AD com tratamento para idosos	100% Percentual de CAPS AD com tratamento para idosos	100% Percentual de CAPS AD com tratamento para idosos
SMS	Prevenção de Quedas – Orientação da Casa Segura com álbum seriado e folders. Idosos que frequentam as UBS, bem como em Feiras da PMPA e Semana do Idoso.	Implantar o Projeto de prevenção de quedas em todos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e levá-lo em Feiras de Saúde.	01 NASF com o programa de prevenção de quedas	02 NASF com o programa de prevenção de quedas	03 NASF com o programa de prevenção de quedas
EIXO 6 - SEGURANÇA E DIREITOS HUMANOS					
Órgão	Objetivo	Entrega	Ano - Metas		
			2016	2017	2018
SMSE G	Proporcionar à população idosa o atendimento especializado na área da segurança, possibilitando mais qualidade de vida e mais segurança em seu dia a dia através da qualificação de Equipes (guardas municipais).	Realizar 02 cursos ao ano para servidores da Guarda Municipal sobre a temática do idoso.	02 Cursos realizados	02 Cursos realizados	02 Cursos realizados
SMDH	Acompanhar a implementação dos resultados a serem alcançados para a melhor qualidade de vida da pessoa idosa,	Monitorar a implementação do Plano Municipal da Pessoa Idosa nos 3 anos de sua validação em	100% Percentual de entregas das metas do PMI	100% Percentual de entregas das metas do PMI	100% Percentual de entregas das metas do PMI

	especialmente os que precisam de maiores cuidados, priorizando o atendimento aos idosos em situação de vulnerabilidade e risco social.	100%.			
SMDH	Divulgar o estatuto do idoso para promoção de políticas que valorizem, protejam e garantam direitos aos idosos conforme a propagação universal.	Distribuir 15.000 Estatutos, folders e cartilhas.	15.000 Material gráfico de orientação distribuído	15.000 Material gráfico de orientação distribuído	15.000 Material gráfico de orientação distribuído
SMDH	Conscientizar, promover e divulgar os direitos dos idosos para promoção da autonomia e visibilidade ao segmento que representa 13% da população de Porto Alegre.	Realizar 3 eventos ao ano sobre a temática da melhoria de Políticas Públicas para os Idosos.	03 Eventos realizados	03 Eventos realizados	03 Eventos realizados
SMDH	Fortalecer e articular a rede de atendimento ao idoso do município através da participação sistêmica e articulada com os segmentos da ação governamental e sociedade civil. Assim, potencializando e subsidiando os Grupos de Trabalho voltados aos idosos.	Realizar 24 encontros de discussão sobre o tema idoso.	24 Encontros realizados	24 Encontros realizados	24 Encontros realizados
SMDH	Promover cursos de inclusão digital junto aos TeleCentros a fim de que o idoso tenha autonomia para lidar com equipamentos de informática.	Realizar 3 cursos de inclusão digital para idosos que serão divididos em diversos módulos no Espaço físico do Telecentro de referência.	01 Cursos realizados nas regiões do OP	01 Cursos realizados nas regiões do OP	01 Cursos realizados nas regiões do OP
SMDH	Garantir atendimento e encaminhamento à rede	Garantir o atendimento de	20 Idosos atendidos	24 Idosos atendidos	28 Idosos atendidos

	de proteção ao idoso vítima de violência e/ou violação de direitos humanos de acordo com o Estatuto do Idoso.	até 28 idosos vítimas de violência.			
EIXO 7 - TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL					
Órgão	Objetivo	Entrega	Ano - Metas		
			2016	2017	2018
SMTE	Priorizar o atendimento ao trabalhador visando o preenchimento do cadastro com atividades exercidas, aspectos que serão importantes na contratação.	Aumentar em 20% o banco de dados do Sistema Mais Emprego, que atualmente é de 1.000 trabalhadores com mais de 65 anos.	200 Novos cadastros de idosos no sistema Mais Emprego	200 Novos cadastros de idosos no sistema Mais Emprego	200 Novos cadastros de idosos no sistema Mais Emprego
SMTE	Trabalhar a conscientização dos empregadores quanto a viabilidade de contratar idosos através da criação de espaços de discussão do tema e apresentação de indicadores que demonstrem a qualificação dos idosos para retornarem ao mercado de trabalho.	Contatar anualmente 60 empresas visando parcerias para que os idosos retornem ao mercado de trabalho.	60 Empresas contratadas	60 Empresas contratadas	60 Empresas contratadas
SMTE	Oportunizar a qualificação dos idosos através de oficinas de trabalho e ofertar, no mínimo, 10% das vagas em alguns cursos a serem realizados pela Secretaria do Trabalho para este público específico, visando a empregabilidade e/ou geração de renda.	Ofertar 20 vagas de qualificação para idosos.	20 Vagas ofertadas para idosos	20 Vagas ofertadas para idosos	20 Vagas ofertadas para idosos
SMTE	Promover o curso de Preparação para	Capacitar anualmente 80	80 Servidores	80 Servidores	80 Servidores

	Aposentadoria visando à preparação do servidor público municipal com previsão de aposentadoria para os próximos cinco anos, oferecendo oportunidade de reflexão e de planejamento através da informação e da troca de experiências.	servidores no curso de preparação para aposentadoria.	capacitados	capacitados	capacitados
SMA	Realizar palestras com temas relacionados à aposentadoria visando à reflexão do servidor público municipal (com previsão de aposentadoria para os próximos cinco anos) através de conteúdos que complementam o curso de preparação para aposentadoria. (Legislação Previdenciária Municipal, Planejamento Financeiro, Planejamento Psicológico, Reflexões sobre a aposentadoria através do cinema, Trabalho Voluntário, Empreendedorismo).	Capacitar anualmente 160 servidores em palestras relacionadas ao tema aposentadoria.	160 Servidores capacitados	160 Servidores capacitados	160 Servidores capacitados
EIXO 8 - TRANSPORTE					
Órgão	Objetivo	Entrega	Ano - Metas		
			2016	2017	2018
CARRIS	Instrumentalizar os profissionais para o atendimento ao passageiro idoso usuário do transporte coletivo.	Capacitar 80% dos profissionais em três anos.	40% Profissionais de transporte coletivo capacitados	60% Profissionais de transporte coletivo capacitados	80% Profissionais de transporte coletivo capacitados
EPTC	Investir em Educação	Realizar 400	400 Ações	400 Ações	400 Ações

	para o Trânsito, auxiliando os idosos na relação defensiva frente às barreiras físicas no transporte e na circulação.	ações de educação para o trânsito ao ano.	de educação para o trânsito	de educação para o trânsito	de educação para o trânsito
EPTC	Melhorar o atendimento a idosos no transporte público através do treinamento das tripulações.	Realizar 14 palestras sobre atendimento ao público anualmente, atendendo todas as empresas do sistema.	14 Palestras a empresas de ônibus	14 Palestras a empresas de ônibus	14 Palestras a empresas de ônibus
EPTC	Prevenir acidentes no trânsito através do investimento em registros e estudos estatísticos a fim de identificar, prevenir e reduzir a acidentalidade com idosos.	Reduzir para 26% o número de vítimas fatais com o público idoso.	28% Percentual de mortes de idosos no trânsito	27% Percentual de mortes de idosos no trânsito	26% Percentual de mortes de idosos no trânsito
EPTC	Assegurar conforto e informação nos pontos de acesso aos coletivos através da implantação de paradas qualificadas.	Implantar 209 paradas do modelo Parada Segura.	109 Paradas Seguras Implantadas	159 Paradas Seguras Implantadas	209 Paradas Seguras Implantadas
EPTC	Gerar maior conforto e segurança nos coletivos através da qualificação da frota do transporte coletivo.	Renovar 32% da frota de coletivos, garantindo lugares exclusivos e prioritários.	12% Percentual de frota renovada	22% Percentual de frota renovada	32% Percentual de frota renovada
SMACIS	Assegurar a demarcação das vagas especiais de estacionamento nas vias públicas e estacionamentos coletivos de Porto Alegre.	Aumentar os estabelecimentos orientados para correta utilização das vagas especiais de estacionamento nas vias públicas e estacionamentos coletivos de Porto Alegre.	10 Estabelecimentos orientados	12 Estabelecimentos orientados	15 Estabelecimentos orientados

O público-alvo das políticas e das metas estabelecidas pelo Plano são os idosos (de 60 anos ou mais), e há uma especificação (mais de uma, mesmo de forma indireta), que define mais precisamente quais são esses idosos. Em um trecho, é explicitado que seriam “especialmente os [idosos] mais frágeis” (Canal et al., 2016-2018) e que “ao longo de sua vida contribuíram para o desenvolvimento da cidade”. Essa definição não é precisa, mas faz um recorte importante que será analisado posteriormente. É também a partir da identificação de demandas pressupostas e de valores morais pré-estabelecidos que determinam o que seria esperado das pessoas idosas que ficam implícitas outras dimensões sobre o conceito da pessoa idosa à qual se refere o documento e a política. Ao longo das décadas de discussão sobre a temática no país, são percebidas diferentes concepções, entre elas, algumas que até hoje são reforçadas socialmente mas que na verdade retratam muito mais um preconceito ou uma estereotipização desse público do que correspondem à realidade.

Um exemplo disso é a descrição da “velhice fragilizada e necessitada dos cuidados da assistência”, como citado no Programa de Atendimento aos Idosos em situação de risco pessoal e social (Lei Municipal n. 8.276, 1999), que por muito tempo justificou maior investimento em Lares ou Centros de Convivência e acolhimento que prestariam abrigo, alimentação, lazer e assistência social, psicológica e higiene, mas que se reduzia a essa abordagem assistencialista e preventiva de doenças - ou promotora de sobrevivência, mas não de saúde e qualidade de vida.

Apesar dos elementos anteriormente apresentados, ambigualmente, o documento apresenta que pretende “(...) tornar o município um espaço propício à vivência da cidadania plena da pessoa idosa, de qualquer condição econômica ou social” (Canal et al., 2016-2018) e busca evitar reforçar um estereótipo etarista em relação a um envelhecimento fragilizado. Nesse sentido, o Plano descreve o público-alvo, como o que apresenta “capacidade de se manter ativa e participativa na nossa sociedade contribuindo com sua experiência e conhecimento”, propondo a possibilidade de estimular uma população idosa mais ativa e autônoma. Em outro trecho, o Plano menciona dar destaque às necessidades de populações idosas bem distintas: uma autônoma e ativa que demanda oportunidades, acesso e participação social e política, e outra que demanda mais de serviços de assistência e saúde devido a condições diversas. No entanto, algumas dessas compreensões passam por um viés biomédico e produtivista, ou por uma manutenção da dependência de políticas assistencialistas e de uma prevenção de doenças, mais do que de uma promoção de saúde que permite e potencializa a agência do próprio sujeito idoso sobre sua vida e seu envelhecimento - ou, se sim, para alguns.

Uma análise crítica permite encontrar contradições e ambiguidades dos conceitos propostos ao longo do documento. É possível identificá-las pelo confronto de um conceito explícito e um implícito sobre a população idosa, suas demandas e sobre o envelhecimento - por meio das metas, dos objetivos e de elementos tangentes à política. Enquanto na teoria o propósito da política é a promoção de saúde e a melhoria da qualidade de vida e do protagonismo da pessoa idosa em diferentes dimensões da vida (biopsicossocial e política), por outro lado, sua função é muito mais no sentido de buscar uma garantia mínima de direitos que permite a sobrevivência de uma população já negligenciada e em vulnerabilidade socioeconômica, que tem, no envelhecimento, mais dificuldades e empecilhos no acesso e na manutenção de seus direitos básicos. Nesse sentido, seria importante para a política e sua eficiência, a operacionalização de ações que contemplassem, de fato, as diferentes populações idosas que se propõe a atingir, ou melhor, que integrassem ambos aspectos da política (assistencial e de protagonismo) como imprescindíveis para essa população como um todo; no entanto, grande parte das metas propostas direcionam às intervenções muito mais para o campo assistencialista e da garantia de direitos mínimos para um público específico e vulnerável.

No eixo da Assistência Social, pode-se organizar às ações propostas em pelo menos três subeixos secundários: um que foca na socialização dos idosos; outro que se propõe a dar conta de identificar e acolher situações de dependência e vulnerabilidade; outro, ainda, que se propõe teoricamente a estimular a política do Conselho Municipal do Idoso (COMUI). Os dois primeiros contam com diferentes propostas. Nas voltadas à integração e socialização, parece considerar-se que a “aglutinação” de pessoas idosas, proporcionando um encontro entre elas, seria o contexto em que seriam possíveis momentos de integração, de reflexão, de convivência e socialização. Ainda, a proposta de alguns dias em viagem ao litoral tipo “Colônia de Férias”, apesar de realmente ser uma ótima e para alguns inédita experiência de integração e de lazeres, simboliza um tipo de ação muito comum quando se analisa políticas públicas no geral: eventos pontuais que se propõem a ser promotores de qualidade de vida em um período restrito de tempo. Nossa análise aqui não pretende invalidar ações como essas, pois também as reconhecemos como importantes e potentes (por reconhecerem necessidades, desejos e direitos do público-alvo), mas pontuar o quanto não é suficiente, quando se pensa em políticas públicas de forma ampla - sejam de governo ou de Estado. A possibilidade da criação de um jornal elaborado pela população idosa usuária do centro de convivência de idosos é potente enquanto dispositivo de identificação, reflexão e articulação social e política, enquanto for encarada e fortalecida como tal - e não apenas como uma intervenção esvaziada

de sentido. Tem muito potencial se permitir a articulação da comunidade e reconhecer tal veículo como meio de transmissão da(s) voz(es) e das demandas da população a outros setores da sociedade.

O segundo subeixo identificado evidencia a predominância de uma perspectiva de “prevenção de doenças” ou se seus agravos, mais do que de promoção de saúde e bem estar, por serem medidas remediativas de acolhimento, de institucionalização e de atendimento em saúde. Além disso, essas alternativas reforçam a retirada da pessoa idosa do seu núcleo familiar e social e o seu ingresso em instituições como Casas-lar, Centro Dia do Idoso e Instituições de Longa Permanência como recurso que solucionaria a demanda de famílias que não têm condições de assumir os cuidados com seus familiares idosos que perderam autonomia e precisam de assistência, ou de reduzir as consequências de dificuldades e vulnerabilidades sofridas por essas pessoas, e não propõe ações preventivas anteriores ou de investimento em formas outras de acolher tal demanda. Por trás disso, existe uma leitura da pessoa idosa vestida de uma certa infantilização, de uma destituição de sua autonomia, de seus desejos e muitas vezes de seu direitos, além do fato de que muitas pessoas idosas em situação de maior privação e vulnerabilidade sequer têm a opção de deixar de trabalhar, porque a renda que geram contribui para a sobrevivência familiar. Além disso, a multiplicação desse tipo de centros privados é notável (em outros locais do mundo também) e pode comunicar, entre vários elementos, uma atualização não só dessa compreensão sobre o envelhecimento e as pessoas idosas, como da retirada dessas pessoas de seus meios pessoais e sociais, estando, ainda, a serviço de uma enorme exploração capitalista que busca sempre lucrar oferecendo aparentes soluções para demandas sociais - se beneficiando dessa naturalização sobre o envelhecimento que acabamos de mencionar e favorecendo quem tem condições de arcar com os custos desse “produto”, a vida, a longevidade. Mais uma vez, de mais uma forma, tornando o “fazer viver” ainda mais díspar, desigual e restrito no contexto brasileiro. Por outro lado, o documento propõe uma ação de prevenção que pretende:

“prevenir agravos que possam desencadear rompimento de vínculos familiares e sociais; prevenir confinamento de idosos e/ou pessoas com deficiência; identificar situações de dependência; prevenir o abrigo institucional; oferecer possibilidades de desenvolvimento de habilidades e potencialidades, a defesa de direitos e o estímulo à participação cidadã.”

No entanto, quando analisamos a “Entrega” da ação e a “Meta”, verificamos outros elementos importantes à análise. Pretende-se implementar o serviço em apenas 3 regiões do Município ao longo dos quatro anos relativos ao Plano Municipal, o que nos permite

questionar quais regiões seriam priorizadas para receberem a intervenção. Não encontramos relatório que indicasse se ou onde essa proposta foi executada até o ano de 2018. Além disso, a busca ativa no território, a integração dos serviços e redes disponíveis e a construção da equipe técnica que previa a contratação de 01 Assistente Social, 01 Psicólogo e 01 Educador Social para a realização do Serviço seriam elementos muito importantes na implementação dessa ação, no entanto, requerem grande investimento e planejamento do governo e também não encontramos registros sobre sua execução.

O menor número de metas estabelecidas no Plano é referente aos eixos de cultura, esporte e lazer e de educação. Isso por si só será analisado futuramente neste trabalho, mas aqui destacaremos outros elementos. O primeiro objetivo do eixo descreve de forma ampla o que seria desejado: inúmeras atividades de cultura, esporte e lazer que promovem qualidade de vida à população idosa atendida, “promovendo um envelhecimento bem sucedido” (Canal et al., 2016-2018) - destacamos aqui novamente ao enfoque dado ao envelhecimento saudável enquanto forma pré-determinada de viver uma vida e uma velhice “bem sucedida”. A meta estabelecida era de aumentar o número de atendimentos realizados a pessoas idosas até 2018: 114.300, sendo que a população idosa em 2018, segundo o próprio plano, representava cerca de 13% da população de Porto Alegre, que em 2010 era de 1.409.351 pessoas (IBGE 2010). Segundo a prefeitura de Porto Alegre, em material divulgado online em novembro de 2018 (Kloeckner, 2018), nas ações do eixo em questão, foram atendidas 85.901 pessoas idosas em 2018. Dentre elas, também destacamos o objetivo que se refere à realização de “circuitos esportivos” em 17 regiões de Porto Alegre até o fim de 2018. Nos perguntamos como seriam escolhidos e determinados os locais onde farão os eventos ou por onde começarão respectivas intervenções? Quais seriam os critérios utilizados? Além disso, não encontramos registros dessas atividades na internet, mas, mais que isso, questionamos o que seriam esses circuitos e se seriam atividades frequentes ou eventos isolados e pontuais que não estimulam maior engajamento e participação contínua (e portanto, de maior efeito preventivo de riscos e promotor de saúde) da população-alvo. A frequência dos eventos também não foi mencionada em outras metas propostas, o que também nos chama atenção por deixar em aberto os critérios avaliativos sobre o sucesso ou a realização ou não das atividades propostas pelo Plano.

Aparece também como objetivo o aumento do número de pessoas idosas participantes nos eventos de educação para envelhecimento, cidadania, promoção de saúde e qualidade de vida: “Encontro sobre Envelhecimento, Jogos Municipais da Terceira Idade, Espetáculo de

Talentos da Terceira Idade e participar dos jogos de integração da pessoa idosa do Rio Grande do Sul” (Canal et al., 2016-2018). Nota-se aqui também o quanto são pré-determinadas ou pré-estabelecidas às atividades que seriam do interesse dos idosos a serem beneficiados pelas atividades previstas pelo Programa, podendo acabar por reforçar a imagem estereotipada do público idoso de forma geral. Além disso, é importante salientar o quanto às atividades deste eixo são predominantemente definidas por metas que se referem exclusivamente ao público idoso e acabam não incluindo outros públicos e outras faixa etárias ou setores da sociedade nas atividades previstas (número de atendimentos, número de idosos participantes, etc.). Por um lado, serve como tentativa de garantir espaço e prioridade para esse público em atividades criadas especialmente para eles; por outro, parece reforçar um distanciamento social e etário existente entre pessoas idosas e pessoas com menos de 60 anos, não aparecendo, por exemplo, uma variável de avaliação que considere a participação de outros setores e públicos em atividades que poderiam ser de integração, intercâmbio e inclusão social.

No eixo voltado à educação, a maior parte dos objetivos são relacionados ao número de matrículas no sistema Educação de Jovens e Adultos (EJA) e dependem direta ou indiretamente de escolas e instituições de ensino públicas. Apresentar a educação tradicional formal como principal ênfase no eixo da Educação cumpre uma função de “compensar” a lacuna de oportunidades de acesso a esse tipo de ensino às gerações mais antigas brasileiras, que de forma gratuita e com horários de aula em horários alternativos, contribuiu com um movimento de décadas rumo à alfabetização da população brasileira - que proporcionou significativo aumento da porcentagem de pessoas alfabetizadas no país. Por outro lado, destacamos que a redução das ações do Eixo Educação ao ensino formal tradicional reduz a potencialidade de explorar outros recursos, formatos e possibilidades educacionais para o público adulto e idoso, inclusive outras que permitissem maior integração com outras faixas etárias, maior circulação em outros espaços ou estimulassem diferentes processos formativos, que talvez sejam inimagináveis para nós, pois não se tem ouvido demais reais demandas e necessidades dessa população no campo da educação.

Reconhecemos a importância e os avanços proporcionados pelo Sistema EJA, que mobiliza diversos recursos para sua manutenção - embora, nos últimos anos, tenha sido denunciado um desinvestimento em suas atividades durante os últimos mandatos presidenciais (que inclusive extinguiu a pasta denominada na época de “Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão”), mas recentemente, no novo governo, foi retomada como pauta. Isso deixa evidente o quanto essa, assim como outros programas e políticas públicas, mesmo os de Estado (e não só de governo) ficam dependentes

do momento e das prioridades do governo instituído, o que provoca uma descontinuidade importante no andamento de tais programas. Segundo o site da Prefeitura de Porto Alegre, em 2023, há 32 Escolas Municipais cadastradas no Sistema em diferentes regiões da cidade. Isso, além de revelar a abrangência territorial e populacional do EJA, revela o grande investimento destinado ao que consideramos escancarar uma precariedade tão significativa da política, de suas condições e de sua origem, que dificilmente parece conseguir dar conta de correr atrás de reparar direitos básicos da população hoje idosa violados anteriormente.

A diferenciação da população idosa de outras faixas etárias e minorias da sociedade é presente em diferentes aspectos - mais direta ou mais indiretamente. Por exemplo, espaços a serem iluminados, como determinadas praças e parques, por serem frequentados pela população idosa provoca a reflexão sobre quais os espaços que deveriam ser ocupados por ela, quais outros não são considerados “ocupáveis” por ela e as razões disso.

Fatores como calçadas acessíveis e conservação de vias e asfaltos pela cidade não são exclusivos à locomoção de idosos, mas de toda a população de forma geral e responsabilidade do governo. Por outro lado, segundo lei, é de responsabilidade dos proprietários conservar e realizar adequada manutenção das calçadas em frente à sua propriedade, mas chama atenção que a meta prevista no Plano em relação a isso se refere ao número de notificações (de alerta e punição) aos proprietários que não estão de acordo com o previsto ou de conscientização (não detalhada no Plano) dos estabelecimentos sobre as regras e leis de acessibilidade e mobilidade - e menos um movimento preventivo e de ação ativa do Estado em estimular essas reformas ou manutenções. Curioso entrar no Plano Municipal do Idoso intervenções e objetivos que envolvem mobilidade e acessibilidade básica nas estruturas da cidade, como a elaboração e a execução de rebaixamento de calçadas, já que afetam, na realidade, toda a população.

Além disso, os termos utilizados para se referir às pessoas idosas também são significativos. Expressões como “pessoas ou deficiência ou mobilidade reduzida” também acabam reforçando a relação preconceituosa e etarista entre a idade, o envelhecimento, com limitações de locomoção ou ainda com deficiências.

Mais uma vez, eventos e intervenções pontuais são previstas como objetivos para dar conta de problemas significativos. De forma mais geral, o Plano prevê, mas não descreve como pode ser realizada, capacitação de servidores e sociedade civil para abordagem de Pessoas Com Deficiência (PCDs) e com mobilidade reduzida e eventos de inclusão alusivos a essas populações. Ainda, o objetivo que prevê a utilização de carros de golfe para deslocamentos de PCDs e mobilidade reduzida em eventos esportivos aparece como mais

uma medida pontual e remediativa, que, se não é organizada e financiada, não se realiza. Além disso, questionamos quais seriam esses eventos esportivos a receberem tal modalidade de deslocamento e se seriam atendidas todas as pessoas que seriam beneficiadas por esse transporte. Não encontramos registros de sua realização no período referente ao Plano analisado. Ressaltamos a importância de políticas públicas de acessibilidade e mobilidade que sejam constantes.

O eixo “Saúde” é o que apresenta mais objetivos no Plano. Isso pode significar que é uma das áreas consideradas mais relevantes à população idosa ou na qual é pertinente maior planejamento ou organização de demandas. Uma análise das metas propostas evidencia que grande parte delas se refere a serviços e intervenções remediativas ou de atenção à doença ou a pessoas adoecidas. Há menos objetivos que poderiam ser compreendidos como medidas de prevenção de doenças e atenção à saúde. É evidente que a capacitação, a contratação e as outras formas de investimento, tanto profissionais quanto técnicas, acerca de condições e quadros de saúde estatisticamente frequentes à população idosa atendida nos serviços (como síndromes geriátricas, necessidade de órteses e próteses, de óculos de atendimento domiciliar, disponibilização de fármacos do interesse da população) é fundamental. O atendimento de qualidade e de forma integral são alguns dos pilares do Sistema Único de Saúde Brasileiro (Lei n. 8.080, 1990). No entanto, as políticas públicas têm potencial e são fundamentais para intervenções e destinação de recursos não só para setores como esses, mas também para a prevenção de doenças e de demais condições indesejadas a esse público - como, por exemplo, a institucionalização cada vez mais comum de pessoas idosas em Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs). Programas de capacitação e de orientação, de conscientização de direitos e serviços, podem ser úteis nesse sentido, porém, não são suficientes de forma isolada ou ineficiente (no sentido de não chegar ao público-alvo adequadamente). Campanhas de vacinação são bons e significativos exemplos de intervenção em prevenção para além de conscientização, assim como fiscalização permanente de condições de ILPIs que não atendem às exigências legais.

Para além dessa discussão sobre as metas propostas, é possível uma análise sobre o conceito de saúde e de doença atrelados a elas de forma indireta. A percepção sobre saúde e doença no contexto das pessoas idosas (e talvez para a sociedade no geral), tende a se referir, de forma simplificada, à doença como um prejuízo à saúde, e à saúde como o oposto de doença. O entendimento de saúde e de envelhecimento saudável discutido internacionalmente atualmente procura expandir esse conceito, propondo que saúde e doença poderiam estar não em pólos opostos, mas em eixos separados: um de doença e um de saúde. Essa discussão

estimula uma possível compreensão de que é possível viver perto do saudável, mesmo com algum tipo de enfermidade (Godoy, 1999). Dessa forma, o eixo de saúde não seria definido apenas como “ausência de doença”, mas de um bem-estar mais ou menos estável que permite qualidade de vida (Godoy, 1999).

Quanto à segurança em direitos humanos, as propostas são bem diversas. Englobam qualificações para a guarda municipal, divulgação de informação sobre direitos das pessoas idosas e em políticas públicas para esse público (o que de alguma forma também é proposto por outros eixos). Aparecem os cursos de inclusão digital (que talvez se refiram mais ao eixo de educação). Chama atenção a meta que se refere a “Garantir atendimento e encaminhamento à rede de proteção ao idoso vítima de violência e/ou violação de direitos humanos de acordo com o Estatuto do Idoso”, mas destacamos a meta estabelecida que pretende “Garantir o atendimento de até 28 idosos vítimas de violência”. O Plano propõe metas que contemplam a compressão tão importante de que o trabalho em rede, intersetorial e interdisciplinar é o que otimiza a criação e a implementação de políticas públicas para as pessoas idosas. Nesse sentido, propõe como meta pelo menos dois encontros por mês durante os anos no Plano, de reuniões e discussões “sobre o tema *idoso*”. Não fica explícito o comprometimento com a inclusão de pessoas idosas nesses encontros, o que seria importante para a articulação social e política dessa parte da sociedade, junto a outros setores (governamentais, não-governamentais e civis).

É nesse eixo em que está estabelecido, como meta, o monitoramento da “implementação do Plano Municipal da Pessoa Idosa nos 3 anos de sua validação em 100%”. Esse é um elemento fundamental no planejamento de qualquer projeto de intervenção e desejado na implementação das políticas públicas. A eficiência de um Plano ou Programa é avaliada a partir de critérios pré-definidos, metas e objetivos, que, ao final de sua aplicação, serão retomados. No caso do Plano Municipal analisado, referente ao município de Porto Alegre, o órgão responsável pela realização desse monitoramento seria a Secretaria Municipal de Direitos Humanos (SMDH) - que, conforme site da Prefeitura, ainda existe atualmente (SECRETARIAS PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, n.d.). No entanto, ao buscar na internet o contato da Secretaria que seria responsável pelos assuntos referentes às pessoas idosas e que conta com a Coordenação de Direitos do Idoso (CDI), é indicada a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) (ATENDIMENTO AO IDOSO, n.d.). O desencontro de informações online é um analisador de como compreendemos também a inespecificidade e a imprecisão no que se refere ao planejamento, ao monitoramento e ao acesso a serviços destinados ao público idoso. Um Plano Municipal que

prevê monitoramento da realização de suas metas, mas não prevê o método, os critérios, os procedimentos e onde ou com que frequência as informações devem ser publicadas deixa em aberto a qualidade dessa avaliação, e, portanto, o comprometimento com sua eficiência a curto, médio e longo prazo.

As intervenções relativas ao campo do trabalho e da previdência social correspondem ao Eixo 7. Fazem parte das propostas, a otimização do banco de dados do sistema Mais Emprego, a conscientização de empregadores sobre a qualificação dos idosos para o mercado de trabalho - mais voltadas ao contexto em que estão ou podem ser incluídas as pessoas idosas, mas ainda intervenções distantes do público-alvo em si. Às oficinas de trabalho e cursos para qualificação, empregabilidade e geração de renda das pessoas idosas, apesar de não detalhadas no documento, tem potencial para mobilizar e qualificar a população em vários sentidos, inclusive na articulação sociopolítica da comunidade - que passa inclusive por produzir novas formas e possibilidades de trabalho, desenvolvimento, aprendizagem, convivência, experiência, integração com outros setores da sociedade e do mercado de trabalho e geração de renda (elementos importantes ao incremento de autonomia e independência para essa população no contexto brasileiro). No entanto, chama a atenção uma das propostas que se refere à realização de curso de “preparação para a aposentadoria com servidores públicos municipais”, que, apesar de sua relevância para o público-alvo em questão, não atinge e exclui a maior parte da população idosa que seria alvo do Plano - que também tem direito à aposentadoria e seria beneficiada por uma “preparação”, como mencionado no texto.

É considerado um direito social pela Constituição Federal o transporte, baseado no pressuposto direito à liberdade, de ir e vir (Brasil, 1988). Um serviço público de transporte de qualidade visa proporcionar à população acesso e mobilidade no território municipal. Para isso, são importantes elementos estruturais e físicos, como paradas de ônibus adequadas e renovação da frota circulante, que permitam o acesso e o funcionamento do serviço, mas também recursos humanos, informacionais e financeiros. Por isso, também são importantes as capacitações e os treinamentos para atender ao público-alvo, os estudos que permitem melhor diagnóstico, planejamento e avaliação das intervenções realizadas. A acessibilidade física ainda recebe atenção especial, por conta do município não ter suas instalações adequadas às necessidades e às formas de locomoção de diferentes populações, entre elas pessoas com deficiência e pessoas com mobilidade reduzida no geral - Além disso, o Eixo se refere também à orientação a estabelecimentos a respeito da demarcação de vagas especiais em estacionamentos coletivos na cidade, que são previstos por lei.

No entanto, ainda cabe destacar que a maior parte das intervenções desse Eixo se referem a intervenções em transportes coletivos. É certo que o Plano diz se preocupar especialmente com a população mais socioeconomicamente mais vulnerável, porém, parece silenciar a possível realidade dessas pessoas idosas utilizarem outras formas de transporte particular, como carros, motos, etc. Parecem, ainda, deixar parcelas da população de outras faixas etárias isentas de responsabilidade acerca das problemáticas referentes ao transporte das pessoas idosas. Mais uma vez, reforçando menos o caráter autônomo da população idosa e segregando pessoas, por meio de uma diferenciação de responsabilidades, locais e, especialmente nesse caso, formas de ocupar e se locomover pela cidade a partir do que se espera de pessoas idosas (ou não).

3.6. A Carta do 8º Fórum Social Mundial da População Idosa

O documento é fruto do encontro ocorrido em janeiro de 2023, 22 anos de sua primeira edição. O fórum tem como objetivo “Reforçar políticas mundiais e nacionais de promoção e defesa aos direitos à Pessoa Idosa, “perfeitos em sua gênese, mas com pouca aplicação prática, ficando assim muito distantes da realidade das pessoas idosas” (Instituto Amigos do Fórum Social Mundial de Porto Alegre, 2023). Para compreendermos de onde parte essa produção, é importante identificar qual o conceito atribuído ao envelhecimento pelo documento e como ele se apresenta ao longo da Carta: “pessoas que tiveram filhos, produziram riquezas, ajudaram em todas as atividades, mas que agora tem menos vigor físico, redução das percepções em todos os seus sentidos, e na maioria não alcançaram a estabilidade financeira para um final de vida digno”, além de relatar que 70% dos idosos apresentam alguma deficiência. Aspectos englobados: Previdência Social, Assistência Social, Habitação, Acessibilidade e mobilidade, Violência, Garantia de direitos sociais, Trabalho, Informação e Inclusão digital, Educação, Saúde e Sexualidade, Esporte e Meio Ambiente.

Entre as ações que sinalizam o que são reconhecidas como necessidades emergentes do público-alvo, também podem ser identificadas características ou demandas que acabam por caracterizar e definir essa população. De forma geral, são destacados aspectos que reforçam ações que visem a promoção e defesa dos Direitos Sociais preconizados pelo Estatuto do Idoso. É mencionada, no campo da Habitação, a necessidade de “criação, ampliação e execução de programas e serviços nacionais, estaduais e municipais para habitação de pessoas idosas; casas de acolhimento temporário ou permanente, (casas) centros dia e/ou noite, em percentuais permanentemente atualizados com a estatística oficial”; no campo da saúde, a demanda por maior acesso à informação, uma atual preocupação com o

vírus HIV, e a garantia do acesso e da abrangência de campanhas de vacinação; no campo da mobilidade, que “os equipamentos urbanos públicos ou privados, que garantam a integridade e acessibilidade da pessoa idosa, considerando os aspectos ergonômicos necessários a suas características”.

Em termos de análise, a interseccionalidade e os demais recortes, quando levados em conta na criação e no planejamento das políticas analisadas, permitem uma flexibilização e uma adaptação das metas e dos objetivos específicos a serem alcançados - o que pode ser muito positivo para o sucesso da política. Porém, é observado que essa flexibilização também pode proporcionar um conflito entre as compreensões de envelhecimento e de necessidades prioritárias da população idosa no Brasil, o que aparece quando, em determinadas políticas, o público-alvo é determinado pela sua condição socioeconômica. Algumas dessas ações propostas são diretivas, outras mais amplas (e ambíguas?); enquanto outras são de mais simples execução e outras muito mais complexas e financeiramente mais complexas.

4. Questões para discutir

Este trabalho explora diferentes perspectivas e dimensões do processo (e da possibilidade) de envelhecer no Brasil, a partir de uma análise de algumas políticas públicas, mobilizando um movimento crítico-analítico que evidencia um contraste percebido. Contrastes e contradições no que se refere ao que um discurso sobre envelhecimento e direitos propõe e conceitualizações e compreensões acerca dos sujeitos e das condições de envelhecimentos possíveis para diferentes públicos, que são alvo das políticas. Não foram encontrados relatórios online que permitissem verificar o quanto das atividades previstas foram de fato realizadas no período estipulado. Também reconhecemos como limitadores do trabalho e do desenvolvimento do conhecimento acerca da temática no Brasil, por conta da escassa produção e do dificultado acesso a esses dados - (mesmo os do Instituto brasileiro de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, que são liberados pouco a pouco), que contribui para que não haja uma produção constante sobre o tema. Dessa forma, as análises se ativeram à discussão de conceitos e perspectivas sobre possibilidades de envelhecimentos nos respectivos contextos. A conclusão não pretende esgotar as discussões, mas salienta elementos que foram reconhecidos como mais recorrentes e relevantes ao longo dos documentos analisados. Portanto, assim como em processo (psico)terapêutico, o trabalho do profissional de psicologia muitas vezes exige, sobre um mesmo tema, repetição, avaliação, reavaliação e reiteração, alguns tópicos podem parecer repetitivos; no entanto, é também na repetição e na reflexão que ocorrem deslocamentos.

Para além da relação de direitos previstos em lei e do contraste entre eles e os que realmente são garantidos à população em geral, os desdobramentos são muitos. Envelhecer no Brasil é um privilégio de poucos. O recorte socioeconômico evidencia a desigualdade gritante e emergente no país, que proporciona a diferentes partes da população condições de vida e de morte muito diferentes. Enquanto parte da população pode planejar o seu envelhecimento e viver de forma preventiva, pensando em como adicionar qualidade de vida à longevidade, com hábitos de vida saudável, acesso facilitado a serviços de saúde, a alimentação, a educação, a formação, a habitação, a transporte, etc., outra parte - negra e pobre -, precisa sobreviver. Ainda, mais do que uma sobrevivência “apenas” biológica, encontramos como resultado dos exercícios políticos as consequências sobre uma dimensão também subjetiva dos sujeitos, que faz que eles próprios sujeitos se sintam destituídos de direitos e de possibilidades. São tantas impossibilidades e privações, de alguma forma legitimadas pela política do necropoder, que finda por estimular um estado de resignação, de ausência ou impossibilidade de perspectivas. Esse efeito acaba aniquilando também subjetivamente os sujeitos, não lhes proporcionando a possibilidade de revolta ou o direito de desejar e buscar formas de viver, de envelhecer, de circular, de ocupar ou de se relacionar diferentes das existentes e impostas pelas contingências reproduzidas.

Produzir e permitir condições de viver e envelhecer é parte dos mecanismos de controle e de governo. Para isso, os mecanismos vão para além das ações propostas propriamente ditas, mas pressupõem formas, regras e normas. No campo do envelhecimento, percebemos a predominância da matriz biomédica e produtivista como determinante inclusive do que se considera um envelhecimento “saudável”. Essa matriz biopolítica que compreende a pessoa idosa como reduzida de potência, de força, de capacidade, de autonomia, de assexualidade (reduzindo aspectos da sexualidade à campanhas de prevenção a Infecções Sexualmente Transmissíveis, por exemplo), permeia as expectativas existentes, as atividades propostas e a pressuposição de necessidades em diversos campos - inclusive nas atividades de esporte e lazer. Isso é presente ao longo de toda a existência na nossa sociedade, com pesos e consequências diferentes em função de marcadores sociais que permeiam as condições de existências dos sujeitos, aguçando, muitas vezes, a força necropolítica do fazer morrer.

Falamos de marcadores sociais e de interseccionalidade ao reconhecer que homens jovens negros são os mais mortos no Brasil, e as mulheres negras, muitas vezes mães solo, não podem deixar de trabalhar quando atingem os 65 anos, pois dependem desse trabalho para sobreviver; enquanto uma parte branca e rica da população trabalha até a idade de se aposentar na expectativa da possibilidade de então “descansar e aproveitar” no tempo que

restará. Também nos referimos a essa desigualdade quando falamos de populações discriminadas e economicamente vulneráveis, por residirem em regiões distantes dos grandes centros ou com serviços de transporte menos eficientes, perdem acesso a serviços de saúde, de educação, entre outros; ou, ainda pessoas com deficiência que não conseguem acessar locais e serviços por estes não terem estrutura adequada para atendê-las. No contexto do envelhecimento, esses marcadores permanecem e a idade é adicionada como variável de preconceito e discriminação, de risco, como dificultadora de acesso.

O contraste mundial no campo do envelhecimento é evidente. As políticas, explícitas e implícitas, de genocídio da população jovem negra e da precarização das vidas, da discriminação racial, de manutenção da desigualdade socioeconômica, são práticas que legitimam e normatizam as formas de (sobre)viver e os corpos que têm direito à vida e à longevidade. Enquanto isso, variáveis consideradas preditoras de um envelhecimento considerado “saudável” são reforçadas quando se analisa as condições de vida das comunidades inseridas nas “Blue Zones” (Buettner, 2019), regiões com realidades histórica, cultural e economicamente diferentes, mas que proporcionam aos cidadãos condições e possibilidades que lhes oferecem formas de viver de acordo com suas necessidades - entre elas, inclusive, os prazeres, os desejos, os interesses, os hobbies e não só a luta pela sobrevivência delimitada pelos paradigmas biomédicos e produtivistas.

No entanto, é destacado o caráter predominantemente assistencialista da maior parte das políticas analisadas no presente trabalho, que focam mais em alguns sujeitos do que em outros e, usualmente, os distinguem em uma espécie de “pirâmide das necessidades” que ignora a complexidade de parte destas vidas envelhecidas. São evidentes, então, pelo menos dois públicos-alvo definidos no campo das políticas públicas voltadas às pessoas idosas. Nesse sentido, parece que uma população teria direito a se preocupar com uma melhora de qualidade de vida, enquanto outra teria apenas a necessidade de se ocupar com sua sobrevivência - e isso aparece de distintas formas em políticas e em diferentes contextos. Um deles é uma população que de forma geral têm seus direitos básicos minimamente garantidos, acesso a serviços e recursos de saúde e de lazer, que dependem menos de políticas públicas para sua sobrevivência. A outra parte da população é a que vive em maior vulnerabilidade socioeconômica, a quem afetam diversos fatores de risco e que depende de políticas e programas públicos para ter acesso a direitos básicos, como alimentação, saúde, educação, moradia, lazer, etc. Isso justifica que grande parte das iniciativas públicas se atenham a correr atrás para reduzir a grande lacuna necropolítica que se tem para com a população mais vulnerável - e reconhecemos essa necessidade, mas também pensamos que a complexidade

destas vidas não se esgota nisso. Questionamos, então, qual o público que tem direito a quais direitos na prática? Em quais setores da população parece se investir mais no que diz respeito a políticas de promoção de saúde ou de sobrevivência?

De forma geral, é positivo que existam mais políticas públicas voltadas às pessoas em maior vulnerabilidade econômica e menos às mais privilegiadas. Segundo teoria desenvolvida desde a década de 1940, por Maslow (1987), as consideradas necessidades básicas humanas foram elencadas em ordem de hierarquia para a sobrevivência. Nesse sentido, compreende-se que são necessidades gerais e comuns ao ser humano. Se critica uma contradição no campo das políticas públicas à medida que elas são pensadas, de fato, para públicos-alvo diferentes, enquanto se propõe, por definição, garantir direitos que são comuns a todos os cidadãos. Os sujeitos têm as mesmas necessidades gerais em comum, no entanto, na urgência da vida e da sobrevivência no contexto analisado, se naturaliza uma diferenciação como se um público, ou um grupo de pessoas, tivesse necessidades (direitos) diferentes de outros. Se naturaliza as desigualdades sociais de modo a pressupor que parte da população está interessada em qualidade de vida e participação política enquanto outra parcela da população precisa apenas de comida e moradia. Assim, por exemplo, grupos voltados ao lazer e cidadania podem ser ofertados em dias, horários, localidades e situações que dificultam o acesso da população idosa que precisa seguir trabalhando, ao mesmo tempo que se focam as políticas na tentativa de ao menos aplacar parcialmente os efeitos da necropolítica brasileira. Porém, a realidade é que não são duas populações existentes, no sentido de que ambas precisam de qualidade de vida e de participação política (apesar de, de fato, algumas precisam se ocupar da sua sobrevivência urgente). Essa segmentação, por si só, acaba, muitas vezes, por se resignar com os abismos necropolíticos ao invés de estimular o investimento proporcional e suficiente para diferentes os focos ao mesmo tempo, realizando uma segmentação ainda mais classista, reforçando e naturalizando estruturas de desigualdade na sociedade.

A promoção da saúde e a qualidade de vida deveriam andar juntas à luta e às políticas públicas que garantem os direitos mais básicos da população (toda), por se compreender a dimensão política enquanto algo importante no incremento do bem estar e da qualidade de vida. Pensar e propor políticas públicas com esse enfoque implica ampliar o seu escopo e reconhecer potencialidades que envolvem espaços de identidade, de convivência e valorização social, promoção de saúde, espaços de geração de renda e oportunidade de trabalho. Não se precisa só de abrigo ou de alimentação, mas de condições e oportunidades que permitam pensar e viver um envelhecimento múltiplo em possibilidades. Enquanto uma

ação de cultura e lazer pretende proporcionar, em um evento, deslocamento com carrinhos de golfe, se questiona quem consegue acessar esse tipo de evento e qual a relevância desse tipo de iniciativa em comparação à realização de outras. São alternativas de lazer diversas como festas, encontros, festividades, oficinas de integração e compartilhamento cultural em diferentes espaços e regiões da cidade, iniciativas de articulação político-social, coletiva, que busca potencializar a integração e a convivência entre e intra geracional, entre população específica e outros setores e espaços da cidade.

Justamente por essa potencialidade (política, social, de saúde e bem-estar), outro ponto questionado é o quanto o público idoso é inserido nas discussões que envolvem as políticas públicas cujo alvo é ele. Como são decididas, planejadas, executadas e avaliadas as atividades e iniciativas propostas às pessoas idosas? A participação política é um aspecto previsto como meta em algumas das políticas analisadas ao longo deste trabalho (da EBAPI, do Plano Municipal e dos Regimentos dos Conselhos Municipal e Estadual), mas questionamos o quanto são de fato estimulados, dado que não é identificado um fomento nítido, organizado e permanente dessa organização comunitária nessas iniciativas.

Esse movimento é também um reconhecimento do sujeito de direito que constrói e constitui o Estado, e de uma luta política que implica toda a sociedade como contrapartida a um mecanismo de governo que segue a lógica da necropolítica. As políticas públicas deveriam focar em diferentes dimensões: não inviabilizando uma causa ou condição, enquanto prioriza outra específica (como por exemplo assistência em alimentação e moradia), mas criar estratégias que viabilizem de fato a participação política. Isso passa inclusive por compreender que parte considerável da população idosa, negra, pobre e economicamente desfavorecida, mesmo aposentada, precisa continuar trabalhando (muitas vezes, ainda, na informalidade) para manter sua sobrevivência mínima, e não têm a mesma disponibilidade de outro público idoso branco e privilegiado economicamente, que consegue ir a encontros deliberativos em horário comercial. Não se deveria pensar em políticas públicas de moradia sem que houvesse espaço para que as pessoas idosas pudessem ter agência sobre isso, como proponentes, fiscais, participantes e agentes dessa política em dispositivos deliberativos comunitários, sob o risco de vermos a oferta de residenciais com precariedades que podem reproduzir em pequena escala as lógicas de asilamento manicomial.

Algumas iniciativas coletivas conseguem promover o encontro e a articulação de restritos grupos e, por conta própria, promovem espaços e ações que cumprem parcialmente essa função. No entanto, são grupos restritos e muitas vezes vinculados a regiões, organizações ou sindicatos específicos. É evidente que nisso há muita potência e nos permite

ver o quanto se beneficiam os sujeitos que conseguem engajar e experienciar tais iniciativas. Além disso, é reconhecida uma maior concentração de eventos, por exemplo, relacionados à temática dos direitos das pessoas idosas em períodos do ano como o chamado “mês do idoso” (“Outubro Prata”). Desses períodos, encontramos mais registros de atividades, caminhadas, palestras, eventos culturais e esportivos nos últimos anos (Alcaraz, 2022; Faleiro, 2023; Pescarini, 2023; Samuel, 2022).

Trago um relato da minha experiência durante um semestre de mobilidade que realizei na Universidad de Granada, na Espanha, durante o período de setembro de 2022 a fevereiro de 2023. Muito do que observei lá foi uma compreensão tomada pela ausência de recortes sociais e econômicos que percebem a longevidade e o envelhecimento de êxito como valores importantes. Um processo histórico, que transborda para dimensões social, cultural e econômica, que proporciona outra realidade aos cidadãos idosos do país, foi o que vi quando morei por lá e estudei um semestre de Psicologia na UGR. Na graduação, temas como direitos básicos e mínimos, como alimentação, moradia, sobrevivência, eram praticamente nada discutidos em sala de aula. A preocupação com pensar a saúde das pessoas idosas era buscar o que fariam depois da sua aposentadoria, pensar traços e teorias de personalidade que explicam diferentes desfechos de qualidade de vida das pessoas. Marcas de um Estado biopolítico que ainda carrega consigo os privilégios da colonização, mas que nos aponta políticas públicas de bem estar social a serem ressaltadas.

Desde o princípio, esse contraste escancarado na fala e na prática “psi” me interessou: ao ponto de ouvir as aulas e pensar sobre como era um privilégio poder se preocupar com esses aspectos em relação à população idosa. Por outro lado, uma realidade que, de tão distante, acaba por invisibilizar e, de certa forma, parece se desimplicar na luta e no desenvolvimento de conhecimento científico no campo dos direitos dos idosos em outras realidades. Para além disso, mais ainda reforçando uma lógica biomédica, produtivista, capitalista do ser humano e das pessoas idosas - mas, enquanto isso, buscando oferecer recursos e possibilidades de existência e de envelhecimento que, por diversas razões, contava com o privilégio de pensar para além da luta pelo acesso e pela sobrevivência.

De alguma forma, o que percebi foi o quanto a política pública no Brasil acaba muitas vezes sendo entendida como destinada unicamente às populações mais vulneráveis, tornando-se moralmente até “repelida” por uma certa classe mais alta que se identifica fantasiosamente como independente de iniciativas públicas que garantam seus direitos - tendo recursos financeiros à disposição e sendo branco em um país tão racista como o Brasil, esses marcadores influenciam fortemente condições e possibilidades. Parece haver certo

preconceito em relação às políticas públicas e em relação a quem pode ou deve usufruir do que é público: um recorte da população atendida de fato, não só pela população que não se sente parte da população que necessitaria dessas iniciativas, mas também pelas dimensões que definem as próprias políticas e seus públicos-alvo desde sua origem e planejamento. Do que vi durante meu período na Espanha, a preocupação com garantia de direitos passava inclusive pela luta por uma remuneração mais justa a familiares que têm como ocupação serem cuidadores de pessoas idosas, por exemplo, sendo a renda um dos critérios para a definição de qual seria o valor recebido, mas existente para pessoas que buscassem pelo recurso e se encaixassem na política.

Compreender e problematizar o papel da Psicologia enquanto “saber” produtor ou reforçador de estigmas e de modos de vida é fundamental para uma prática ética em saúde. Nesse processo de formação profissional, o estabelecimento de conceitos e verdades sobre o sujeito e seu modo de vida implicam a compreensão de variáveis como fatores culturais, sociais, econômicos, históricos, raciais, familiares e individuais. Entendo que a responsabilidade da psicologia, independente da área de atuação ou a abrangência do serviço, é de ser um dispositivo de escuta que leva ao direito de agência e protagonismo por parte do sujeito, diante de suas condições e valores. Passa, sim, por ter em conta o que pode ser melhor, mais saudável, mais emocional e vitalmente seguro para o paciente, mas se fundamenta em proporcionar-lhes recursos e ferramentas.

Um conceito de saúde integralizado, que não se reduz a uma só dimensão (biomédicas/assistencial), amplia a discussão no campo do envelhecimento para além das políticas que buscam atenuar a desigualdade social brasileira e do envelhecimento e adoecimento corporal). Propõe a discussão no campo do bem-estar e qualidade de vida (que inclui saúde mental), no campo do foco na experiência da pessoa idosa como um geral. Nesse sentido, diversos aspectos são relevantes e quando falamos em saúde de uma forma ampla, considerando as contribuições da psicologia, pensamos a dimensão política do bem-estar e da qualidade de vida, que refere certo modo de estar em comunidade, de ser reconhecido e de decidir sobre si. Ela não contempla apenas uma dimensão individualizada, mas como um processo coletivo e grupal que envolve a forma como essas pessoas estão sendo inseridas, acolhidas, integradas e reconhecidas como agentes nas comunidades mais amplas que integram.

Essa visão permite que, em vez de serem passivos e objetualizados em sua relação com o Estado, em uma dependência ainda maior do governo, os sujeitos tenham mais recursos e suporte aos quais recorrer em direção a uma promoção de autonomia entendida

como multiplicação de dependências e de possibilidades, que pode ser inclusive, em contextos assistencialistas, de uma política pública que garanta a alimentação mínima, mas que ainda tem sido insuficiente. A tentativa das políticas públicas seria de dar conta de romper ou distorcer a lógica necropolítica que orienta a realidade brasileira, porém, são diferentes interesses que se sobrepõem neste processo.

O fomento de coletivos de agência política é uma estratégia que impulsiona coletivamente os sujeitos na luta e no acesso a direitos, na qualificação dos serviços pelos quais lutam, na produção de saúde, na convivência, no reconhecimento, na apropriação da agência (para além de ser objeto), no debate, na identidade, na saúde mental, no processo de educação. Contudo, essas iniciativas têm sido insuficientes para uma eliminação da enorme disparidade nacional: na geração de renda e trabalho, na promoção de benefícios sociais e assistencialistas, na garantia à moradia (que provoca uma vulnerabilidade habitacional que aumenta a probabilidade de levar a população idosa à situação de rua), no investimento em terceirização do cuidado das pessoas idosas como com as instituições de longa permanência (que muitas vezes acabam reproduzindo práticas de lógicas manicomiais), na tentativa de pelo menos garantir uma saúde biomédica. Não se atinge o resultado mínimo ao lutar pela garantia da sobrevivência mínima, e um dos fatores que contribui para essa falha constante é, além da evidente lógica do necropoder presente e persistente, a ausência de trabalho a partir da articulação política da população idosa, nesse caso, como agente de fato.

Apesar de existir uma descontinuidade governamental e política das políticas públicas, a prática profissional do dia a dia se faz resistência e potência. Sendo principalmente políticas de governo e não de estado, iniciativas, estruturas, planejamentos, metas, recursos e acompanhamentos previstos referentes a certos programas são prejudicados por, de acordo com a mudança do governo, às prioridades e às linhas de ação serem alteradas. Um trabalho social extenso e profundo não se concretiza em quatro anos de governo. Nesse contexto, a prática do profissional de psicologia se estende a um exercício especulativo do que podemos fazer ou estamos fazendo para pensar na luta pela garantia de direitos e nas formas de multiplicar possibilidades de agência dos sujeitos em diferentes contextos, principalmente nos menos favorecidos. Nosso trabalho também é provocar, distorcer, estimular processos de construção e de desconstrução de verdades e possibilidades sobre o sujeito e suas relações. Não de forma autoritária ou isolada, mas de forma a incluir essa perspectiva em nossas práticas de promoção de qualidade de vida.

Isso inclui questionar quais conceitos de pessoa idosa e de envelhecimento estudamos na teoria e o quais se apresentam na prática, no dia a dia, nas políticas que normatizam a vida

em sociedade no nosso país. Os conceitos apresentados nas introduções dos documentos analisados neste trabalho são refletidos de fato nas ações propostas como metas e objetivos? Têm cabido diferentes vidas, envelhecimento e possibilidades no que se propõe como intervenção?

Encerramos este trabalho compreendendo que foi cumprido seu propósito: analisar criticamente como algumas políticas públicas entendem e pretendem intervir sobre às pessoas idosas, no que diz respeito a seus direitos previstos em lei e a uma compreensão social do que significa envelhecer e pensar como nos relacionamos com esses conceitos e suas implicações de forma pessoal, política e profissional.

5. Do que repercute em mim

Se esse trabalho fosse um caminho, uma dança, teria até agora guiado quem viesse a lê-lo ou percorrê-lo, passo a passo, pelo braço, mostrando, repetindo e ensaiando os trajetos pelos quais passamos e passaríamos. Agora, ousou tomar-te a dançar no ritmo, conhecendo mais dos passos que aprendi até agora para que dancemos do nosso próprio jeitinho.

Escrever e pensar sobre envelhecimento no contexto brasileiro foi um interesse que surgiu da minha experiência nas aulas que tive sobre Psicologia da Saúde e do Envelhecimento na Universidad de Granada (UGR). Muito mais do que imaginei quando viajei para a mobilidade, me vi interessada em uma temática que superficialmente vi durante a graduação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Além disso, o dia a dia que lá me permitia circular mais pela cidade em diversos horários e o período em que fiz voluntariado em uma associação de um bairro mais periférico de Granada, foram também experiências que me fizeram ver um contexto diferente do que costumo ver aqui na capital do Rio Grande do Sul. As ruas cheias, as cafeterias ocupadas, as pessoas idosas ocupando espaços públicos e privados, protagonizando encontros e atividades diversas pela cidade, me chamavam a atenção. Na Associação, apesar de haver um número considerável de jovens atendidos e voluntários, se destacava para mim o compromisso com o qual as participantes idosas iam aos encontros, às palestras, às caminhadas e às iniciativas diversas propostas.

Ouvia nas aulas muito sobre conceitos, padrões, tendências estatísticas, modelos de saúde/doença, de personalidade, de avaliação, que colocavam como variáveis centrais o bem-estar, a qualidade de vida, a religiosidade, a boa alimentação, a atividade física, as horas de sono, o cálice de vinho, os *hobbies*, a encurtada jornada de trabalho que permite vida fora

do compromisso profissional, etc. Por outro lado, brasileira, filha da Psicologia da UFRGS, ouvia e me encantava com diversas possibilidades, mas me questionava o tempo todo com quem e para quem tais discussões vinham sendo produzidas e mantidas. Reconhecia a legitimidade das reivindicações que as professoras colocavam, provocando a turma a refletirem sobre preconceitos e etarismo, sobre modelos teóricos insuficientes para o que elas propunham enquanto “envelhecimento saudável” ou enquanto “saúde” e “doença”, mas me questionava o quão distante aquelas discussões estavam do que vivemos e vemos aqui no Brasil em relação ao mesmos temas. Tampouco me parecia suficiente.

Sentia uma provocação que me fazia pensar qual era o papel da Psicologia nessas discussões e, mais ainda, nas práticas que transmitiam, direta ou indiretamente, tais ideias, ideais, preconceitos, expectativas e pré-julgamentos em relação à população idosa, a seu estado de saúde ou de doença, a seus valores, decisões, condições e possibilidades. Me provocava a pensar minha prática profissional em um lugar que em vez de reduzir intervenções e compreensões a uma perspectiva mais normativa, permitisse e estimulasse explorar a potência das variações e das distorções de possíveis envelhecimentos.

Retornando ao Brasil, queria aproveitar a oportunidade do Trabalho de Conclusão de Curso para retomar leituras e reflexões do período na UGR e formalizá-las de alguma forma, depois de fazê-las repercutir mais em mim. Entre as reflexões de caráter ainda profissional, permanece a inconformidade com o fato de em políticas públicas que analisamos, o conceito de pessoa idosa e a compreensão de envelhecimento passa predominantemente pela passividade do sujeito, pela perda de agência, autonomia, valor, capacidade - e muito menos pela valorização da vida, do tempo, das experiências, das potências; a proposta segundo a qual seria suficiente reunir qualquer número de pessoas idosas ao redor de bancos de praça ou de equipamentos de ginástica públicos para que houvesse integração, socialização, convivência social ou valorização das pessoas idosas - muito menos articulação política -, isoladas de outras faixas etárias, isoladas de outros espaços, sons, recursos, etc, sem perguntar-lhes como, onde, com quem, de que forma ou por quê lhes interessaria manter-se ativos fisicamente; a estimulação e privatização da terceirização de cuidado das pessoas idosas que precisam de cuidados permanentes, que muitas vezes acaba, sem a necessária fiscalização, reproduzindo lógicas manicomialis condenáveis e abusivas, entre outros fatores.

São muitas e múltiplas as variáveis que podem estar envolvidas em um envelhecimento considerável saudável, sobretudo, quando se considera o bem-estar e a qualidade de vida como os maiores critérios. No entanto, qualidade de vida e bem-estar são fundamentalmente dependentes de necessidades básicas (fisiológicas, sociais, emocionais,

estruturais) atendidas. Como se multiplica e se incrementa possibilidades de viver e de envelhecer em um contexto que compromete a condição de sobrevivência, dependendo da raça ou da classe social do sujeito?

Em um contexto de assassinato explícito e legitimado que segue uma lógica que determina as vidas que valem mais ou menos, as que podem viver ou devem morrer, de apagamentos de histórias e de pessoas, de extensão do trabalho formal e informal ao longo da vida na tentativa de garantir condições mínimas de sobrevivência, alimentação e moradia, a idade e o processo de envelhecimento são acrescentados como fatores de incremento de vulnerabilidade - e isso é refletido nas políticas públicas que analisamos. Apesar de isso ser, de fato, um elemento importante, não pode ser justificativa para que toda a intervenção sobre o público idoso o reduza a isso, compreendendo o envelhecimento como um determinante de maior vulnerabilidade e de menor agência.

É possível e importante reconhecê-lo como potência, mesmo nesse contexto, levando em conta uma leitura interseccional, que situa diferentes experiências e processos discriminatórios, reconhecendo que eles interferem conjuntamente sobre as experiências das pessoas de várias formas. Parte desses efeitos são legitimados e reproduzidos em movimentos diários e informais, difundidos na convivência e nos discursos, mas também em diversas políticas públicas que atuam diretamente sobre as pessoas idosas. Nesse sentido, são muitas as inconformidades que surgem ou são confirmadas a partir deste trabalho, não só no sentido profissional, que repercutem em mim.

Outro efeito que ele produziu em mim - e, de certa forma, em algumas pessoas quando me ouviam responder à famosa questão “e sobre o que é o teu TCC?” - foi de poder expressar parte dessa inconformidade que também é pessoal. Por que ou quando (foi e é) que o envelhecer passou a se apresentar para nós, socialmente, como decadência de agência e potência ao invés de aquisição de experiência, ou enquanto estigma que produz afastamento e isolamento ao invés de marcador que nos estimula à troca, à convivência e ao compartilhamento? O que torna as pessoas idosas um público-alvo segmentado, isolado de demais coletivos, em termos de relevância, contribuições, discussões, que poderiam ser incorporados às nossas formas de pensar e vivenciar coletivos?

E é evidente que eu não poderia encerrar essa escrita sem mencionar uma motivação que também me levou a pensar sobre essa temática das políticas públicas voltadas à população idosa, que é minha convivência familiar e com avós desde muito pequena. Essa experiência, que preenche de sentidos e possibilidades acerca dos “envelheceres” para mim, dado um contexto muito privilegiado no país em que vivemos, até hoje repercute na forma

como busco perceber a velhice e seus desdobramentos, sejam dificultadores ou potencialidades. Prática que eu já buscava praticar e, na vida adulta, cada vez mais, é a de conseguir viver atenta e ativamente os momentos em família com meus avós, perguntar e explorar suas histórias, curiosidades, humores, opiniões, ideias, dúvidas - como, por exemplo, ouvimos e sabemos de comunidades indígenas ou de famílias das décadas passadas, que mantinham o hábito de reunir-se em comunidade para momentos de convivência desse tipo, cumprindo também uma função de valorização e transmissão de narrativas e memórias.

Desde a viagem para a Espanha, principalmente, vivendo à distância do núcleo familiar, a impressão sobre o tempo e sobre a vida balançam e colocam em cheque algumas percepções e valores que temos como nossos até então: Como nos afeta a velhice quando é nossa, dos nossos ou dos outros? O que esperamos do nosso envelhecimento, como o temos vivido e planejado? Como gostaríamos de poder ser tratados, pensados e investidos? Assim, o que esperamos do envelhecimento das nossas pessoas queridas e amadas, próximas, conhecidas? O que gostaríamos de proporcioná-las, em termos de condições e de expectativas? Ainda mais, provocando: o que temos feito e construído por aqueles que têm apagadas e impossibilitadas para si as perguntas anteriores, no sentido de terem restringidas as suas possibilidades de escolhas, expectativas, desejos e condições, vivendo, assim, diante de tantas (im)possibilidades de envelhecimentos?

Referências

- Abraham H. Maslow. (1987). *Motivation and personality* (3rd ed.). Nova Iorque.
- Alcaraz, E. (2022, 03 de outubro) *Comemoração do Outubro Prata reúne pessoas idosas no Centro*. Prefeitura Poa. Recuperado em 15 de janeiro de 2024 de <https://prefeitura.poa.br/smds/noticias/comemoracao-do-outubro-prata-reune-pessoas-idosas-no-centro>
- ATENIMENTO AO IDOSO*. (n.d.). Prefeitura Poa. Recuperado em 15 de janeiro de 2024 de <https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/atendimento-ao-idoso>
- de Barros, M. E. B., & do Carmo Pimentel, E. H. (2012). Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. *Revista Polis e Psique*, 2(2), 3-3.
- Brasil. (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Cidadania (2022a). *Documento Orientador da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil*. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022b). *Mortalidade de idosos no Brasil em 2000, 2009 e 2019*. Boletim Epidemiológico, 53. Recuperado de https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/e-dicoes/2022/boletim_epidemiologico_svs_2.pdf
- Buettner, D. (2019). *Zonas azuis: a solução para comer e viver como os povos mais saudáveis do planeta*. nVersos.
- Campos, M. E. D. S. M., de Aguiar, C. C., Ribeiro, A. Q., Martins, S., & Pinto, T. R. G. S. (2020). Desafios e potencialidades para a gestão local na implementação de políticas públicas para envelhecimento. *GIGAPP Estudos Working Papers*, 7(150-165), 429-446.
- Canal, A., Pedroso, M. T., Abrão, L., Rangel, R. R., Valmorbida, N. M., & Fuentes, S. F. (2016-2018). *Plano Municipal da Pessoa Idosa: 2016 a 2018*. Porto Alegre, RS. Recuperado de [https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/plano_municipal_da_pessoa_idosa_de_porto_alegre_-_miolo__210x297mm_\[completo_-_corrigido_2\].pdf](https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/plano_municipal_da_pessoa_idosa_de_porto_alegre_-_miolo__210x297mm_[completo_-_corrigido_2].pdf)
- Coimbra, V. (2023, 27 de outubro). *RS é o Estado mais velho e com maior percentual de idosos no país, diz Censo 2022*. GauchaZH. Recuperado em 15 de janeiro de 2024 em

<https://gauchazh.clicrbs.com.br/comportamento/noticia/2023/10/rs-e-o-estado-mais-velho-e-com-maior-percentual-de-idosos-no-pais-diz-censo-2022-clo8y2l5p00a5017abs6lhboj.html>

Collins, P. H., & Bilge, S. (2021). *Interseccionalidade*. Boitempo Editorial.

Croquer, G. & Pinhoni, M. (2023, 22 dezembro). *Censo 2022: envelhecimento entre amarelos é o triplo do nacional; veja pirâmides etárias*. g1. Recuperado de <https://g1.globo.com/economia/censo/noticia/2023/12/22/censo-2022-cor-ou-raca-envelhecimento.ghtml>

Dantas, L. T. F. (2021). “À cabeceira do Estado jaz o crânio de um parente morto”: a figura do soberano em território necropolítico. *Griot: Revista de Filosofia*, 21(1), 283-300.

Decreto n. 9.328, de 03 de abril de 2018. (2018). Institui a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9328.htm#:~:text=DECRETO%20n%209.328,principalmente%20das%20pessoas%20mais%20vulner%C3%A1veis.

Faleiro, F. (2023, 30 de outubro). *Caminhada de idosos encerra programação do Outubro Prata em Porto Alegre*. Folha de São Paulo. Recuperado em 15 de janeiro de <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/cidades/caminhada-de-idosos-encerra-programa%C3%A7%C3%A3o-do-outubro-prata-em-porto-alegre-1.1410828>

Foucault, M. (2008). *Segurança, território, população: Curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes.

Godoy, J. F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. In: M.A. Simón (Dir. y otros). *Manual de psicología de la salud - Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 61-62). Madrid, ES: Editorial biblioteca Nueva.

Gottlieb, M. G. V., Schwanke, C. H. A., Gomes, I., & Cruz, I. B. M. D. (2011). Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14, 365-380.

Guralnik, J. M., & Kaplan, G. A. (1989). Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study. *American journal of public health*, 79(6), 703-708.

Herrera Jr, E., Caramelli, P., Silveira, A. S. B., & Nitrini, R. (2002). Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 16(2), 103-108.

Horta, A. L. D. M., Ferreira, D. C. D. O., & Zhao, L. M. (2010). Envejecimiento, estrategias de afrontamiento de los ancianos y impactos en la familia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63, 523-528.

Instituto Amigos do Fórum Social Mundial de Porto Alegre. (2023). *Carta do 8o FÓRUM SOCIAL MUNDIAL POPULAÇÃO IDOSA - 2023*. Recuperado de <https://www.forumsocialmundial.com.br/post/carta-do-8%C2%BA-F%C3%B3rum-social-mundial-popula%C3%A7%C3%A3o-idosa-2023>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo 2010*. GovBr. Recuperado em 15 de janeiro de <https://censo2010.ibge.gov.br/>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018). *Projeções da População*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 15 de janeiro de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas. (2022a). *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*, 48, 2a ed. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022b). *Dados do Censo Demográfico Brasileiro de 2022*. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2023). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2023*. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>

Kloeckner, F. (2018, 01 de novembro) *Política do Idoso já recebeu mais de R\$ 2 milhões em 2018*. Prefeitura Poa. Recuperado em 15 de janeiro de 2024 em <https://prefeitura.poa.br/smdse/noticias/politica-do-idoso-ja-recebeu-mais-de-r-2-milhoes-em-2018>

Lei Complementar n. 9.380, de 7 de janeiro de 2004. (2004). TORNA OBRIGATÓRIA A INSTALAÇÃO DE CAIXAS PARA USO PRIVATIVO DE DEFICIENTES, IDOSOS E GESTANTES NO ANDAR TÉRREO DOS ESTABELECIMENTOS BANCÁRIOS QUE TENHAM ATENDIMENTO DE CAIXAS EXCLUSIVAMENTE EM ANDARES SUPERIORES, EXCETO OS QUE POSSUAM ELEVADORES. Porto Alegre, RS. Recuperado de <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/2004/938/9380/lei-ordinaria-n-9380-2004-torna-obrigatoria-a-instalacao-de-caixas-para-uso-privativo-de-deficientes-idosos-e-gestantes-no-andar-terreo-dos-estabelecimentos-bancarios-que-tenham-atendimento-de-caixas-exclusivamente-em-andares-superiores-exceto-os-que-possuam-elevadores?q=9380>

Lei Complementar n.444 (2000). INSTITUI, NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, O CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO (COMUI) E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. Porto Alegre, RS. Recuperado de <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-complementar/2000/45/444/lei-complementar-n-444-2000-autoriza-o-poder-executivo-do-municipio-de-porto-alegre-a-criar-o-conselho-municipal-do-idoso-e-da-outras-providencias>

Lei Complementar nº 660, de 7 de dezembro de 2010. (2010). Autoriza o Poder Executivo do Município de Porto Alegre a criar o Conselho Municipal do Idoso e dá outras providências. Recuperado de <https://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000023008.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>

Lei Municipal n. 10.365, de 23 de janeiro de 2008. (2008). assegura aos idosos reserva de pelo menos 5% (cinco por cento) das vagas em estacionamentos públicos e privados no Município e dá outras providências. Porto Alegre, RS. Recuperado de <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/2008/1037/10365/lei-ordinaria-n-10365-2008-assegura-aos-idosos-reserva-de-pelo-menos-5-cinco-por-cento-das-vagas-em-estacionamentos-publicos-e-privados-no-municipio-e-da-outras-providencias>

Lei Municipal n. 8.276, de 08 de janeiro de 1999. (1999). Institui o Programa de Atendimento aos Idosos em situação de risco pessoal e social. Porto Alegre, RS. Recuperado de <https://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000022003.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>

Lei n. 14.254, de 28 de junho de 2013. (2013). Dispõe sobre a criação do Conselho Estadual da Pessoa Idosa CEI/RS. Porto Alegre, RS. Recuperado de <https://leisestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n-14254-2013-rio-grande-do-sul-dispoe-sobre-a-criacao-do-conselho-estadual-da-pessoa-idosa-cei-rs>

Lei n. 10.160, de 16 de janeiro de 2007. (2007). Dispõe sobre a proteção ao idoso, a Política Municipal de Proteção ao Idoso, as obrigações e responsabilidades das entidades que desenvolvam programas de proteção ao idoso e as sanções cabíveis, em caso de inobservância aos preceitos desta Lei, e dá outras providências. Recuperado de <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000028878.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>

Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. (2003). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm

Lei n. 10.834, de 11 de fevereiro de 2010. (2010). Obriga os hospitais da rede pública e privada a informar os idosos sobre o direito de manterem acompanhante, enquanto estiverem internados ou em observação, e dá outras providências. Porto Alegre, RS. Recuperado de <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000030930.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>

Lei n. 11.155, de 11 de novembro de 2011. (2011). Cria o Programa Municipal de Envelhecimento Ativo. Recuperado de <https://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000032517.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>

Lei n. 11.277, de 14 de maio de 2012. (2012). DETERMINA QUE OS VEÍCULOS DE TRANSPORTE COLETIVO DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE POSSUAM BANCOS RESERVADOS PARA UTILIZAÇÃO EXCLUSIVA POR IDOSOS, PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, GESTANTES E OBESOS E QUE ESSES BANCOS ESTEJAM IDENTIFICADOS. Porto Alegre, RS. Recuperado de <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/2012/1128/11277/lei-ordinaria-n-11277-2012-determina-que-os-veiculos-de-transporte-coletivo-do-municipio-de-porto-alegre-possuam-bancos-reservados-para-utilizacao-exclusiva-por-idosos-pessoas-com-deficiencia-fisica-gestantes-e-obesos-e-que-esses-bancos-estejam-identificados>

Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012. (2012). Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm

Lei n. 14.601, de 19 de junho de 2023. (2023). Institui o Programa Bolsa Família; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, que dispõe sobre a autorização para desconto em folha de pagamento, e a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003; e revoga dispositivos das Leis nºs 14.284, de 29 de dezembro de 2021, e 14.342, de 18 de maio de 2022, e a Medida Provisória nº 1.155, de 1º de janeiro de 2023. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114601.htm#:~:text=%E2%80%9CArt.,renda%2C%20nos%20termos%20do%20regulamento.

Lei n. 7.146-A, de 21 de setembro de 1992. (1992). ALTERA E ACRESCENTA DISPOSITIVOS À LEI Nº 2758, DE 04 DE DEZEMBRO DE 1964, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. Porto Alegre, RS. Recuperado de <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/1992/715/7146/lei-ordinaria-n-7146-1992-altera-e-acrescenta-dispositivos-a-lei-n-2758-de-04-de-dezembro-de-1964-e-da-outras-providencias>

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (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. Brasília, DF. Recuperado de www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9784.htm

Lei n. 8.244, de 10 de dezembro de 1998. (1998). OBRIGA A DISPONIBILIZAÇÃO DE ASSENTOS PREFERENCIAIS PARA IDOSOS, GESTANTES, PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E PESSOAS OBESAS, BEM COMO DE MESAS ADAPTADAS PARA CADEIRANTES E DE CARRINHOS DE COMPRAS COM ASSENTO PARA CRIANÇAS, EM ESTABELECIMENTOS QUE ESPECIFICA. Porto Alegre, RS. <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/1998/825/8244/lei-ordinaria-n-8244-1998-obriga-os-grandes-supermercados-de-porto-alegre-a-colocarem-assentos-dispostos-no-interior-dos-mesmos-reservados-para-pessoas-idosas>

Lei n. 8.276, de 18 de janeiro de 1999. (1999). Institui o Programa de Atendimento aos Idosos em situação de risco pessoal e social. Brasília, DF. Recuperado de <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000022003.DOCN.&l=20&u=%2Fnet.html%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>

Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. (1994). Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.842%2C%20DE%204%20DE%20JANEIRO%20DE%201994.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20pol%C3%ADtica%20nacional,Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias..

Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. (2003). Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e

e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art.,a%2060%20(sessenta)%20anos.&text=Art.,-2o%20O

Lei Ordinária n. 14.254, de 28 de junho de 2013. (2013). Dispõe sobre a criação do Conselho Estadual da Pessoa Idosa CEI/RS. Porto Alegre, RS. Recuperado de <https://leisestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n-14254-2013-rio-grande-do-sul-dispoe-sobre-a-criacao-do-conselho-estadual-da-pessoa-idosa-cei-rs#:~:text=1%C2%BA%20O%20Conselho%20Estadual%20da,Art>.

Lei Ordinária n. 9.784, de 09 de junho de 1999. (1999). DISPÕE SOBRE A ELIMINAÇÃO DE BARREIRAS ARQUITETÔNICAS EM EDIFICAÇÕES E LOGRADOUROS DE USO PÚBLICO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. Porto Alegre, RS. Recuperado de <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/1999/832/8317/lei-ordinaria-n-8317-1999-dispoe-sobre-a-eliminacao-de-barreiras-arquiteticas-em-edificacoes-e-logradouros-de-uso-publico-e-da-outras-providencias>

Martins, S., & Ribeiro, A. Q. (2018). Das políticas às ações: direitos da pessoa idosa no Brasil. *Revista Científica de Direitos Humanos/Ministério dos Direitos Humanos*, 1, 58-81.

Mbembe, A. (2008). Necropolitics. In *Foucault in an Age of Terror: Essays on Biopolitics and the Defence of Society* (pp. 152-182). London: Palgrave Macmillan UK.

Mbembe, A. (2011). El gobierno privado Indirecto. En *Mbembé, Achille [compilación], Necropolítica seguido de Sobre el gobierno privado indirecto*. España: Melusina, 77-120.

Miranda, G. M. D., Mendes, A. D. C. G., & Silva, A. L. A. D. (2016). Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19, 507-519.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2022). *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)*. OPAS. Recuperado em 15 de janeiro de 2024 de <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2023). *Contexto sociodemográfico e econômico do envelhecimento na América Latina*. Recuperado de <https://doi.org/10.37774/9789275726839>

Pereira, M. C. A., da Silva Santos, L. D. F., de Moura, T. N. B., Pereira, L. C. A., & Landim, M. B. P. (2016). Contribuições da socialização e das políticas públicas para a

promoção do envelhecimento saudável: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira em promoção da Saúde*, 29(1), 124-131.

Pescarini, F. (2023, 19 de junho). *MPF pede indenização por vítimas de câncer que não iniciaram tratamento em 60 dias*. FolhadeSaoPaulo. Recuperado em 15 de janeiro de 2024 de <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/06/mpf-pede-indenizacao-por-vitimas-de-cancer-que-nao-iniciaram-tratamento-em-60-dias.shtml>

Portaria MS/GM n. 2.528, de 20 de outubro de 2006. (2006). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016. (2016). Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

Redação Rádio Pampa (2021, 2 de outubro). *MÊS DO IDOSO TERÁ ATIVIDADES NA RESTINGA, NA ZONA SUL DE PORTO ALEGRE, NESTE DOMINGO*. TV Pampa. Recuperado em 15 de janeiro de 2024 de <https://www.tvpampa.com.br/mes-do-idoso-tera-atividades-na-restinga-na-zona-sul-de-porto-alegre-neste-domingo/>

Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009. (2009). Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF. Recuperado de https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf

Ribeiro, C. G., Ferretti, F., & Sá, C. A. D. (2017). Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Revista Brasileira de geriatria e gerontologia*, 20, 330-339.

Rocha, I. A. D., Braga, L. A. V., Tavares, L. D. M., Andrade, F. B. D., Ferreira Filha, M. D. O., Dias, M. D., & Silva, A. O. (2009). A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 687-694.

Romero, D. E., Pires, D. C., Marques, A., & Muzy, J. (2019). Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 13(1).

SECRETARIAS PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. (n.d.). Prefeitura Poa. Recuperado em 15 de janeiro em <https://www.prefeituradeportoalegre.org/secretarias-prefeitura-de-porto-alegre/>

Transmisibles, G. O. D. E. N., & Mental, S. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(S2), 74-105.

Vea, H. D. B., Lauzarique, M. E. Á., Piñero, J. S. P., Rodríguez, K. A., Cabrera, A. R., Barros, M. D. C. P., ... & Martín, A. C. (2018). Enfoques, evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e21.

Vegi, A. S. F., Fernandes Filho, E. I., Pessoa, M. C., Ramos, K. L., & Ribeiro, A. Q. (2020). Caminhabilidade e envelhecimento saudável: uma proposta de análise para cidades brasileiras de pequeno e médio porte. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00215218.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de saúde pública*, 43, 548-554.

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing: baseline report*. World Health Organization.