

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BÁRBARA ANDRES

**PARTICIPAÇÃO, SAÚDE E ENVELHECIMENTO: HISTÓRIAS
DE PARTICIPANTES DO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2013

BÁRBARA ANDRES

**PARTICIPAÇÃO, SAÚDE E ENVELHECIMENTO: HISTÓRIAS DE
PARTICIPANTES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO
ALEGRE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem

Linha de pesquisa: Promoção, educação e vigilância em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliane Pinheiro de Moraes

**Porto Alegre
2013**

CIP - Catalogação na Publicação

Andres, Barbara
PARTICIPAÇÃO, SAÚDE E ENVELHECIMENTO: HISTÓRIAS DE
PARTICIPANTES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO
ALEGRE / Barbara Andres. -- 2013.
107 f.

Orientadora: Eliane Pinheiro de Moraes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Envelhecimento. 2. Participação Política. 3.
Saúde Coletiva. 4. Conselhos de Saúde. 5. Saúde do
Idoso. I. Moraes, Eliane Pinheiro de , orient. II.
Título.

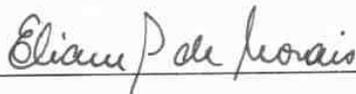
BÁRBARA ANDRES

**Participação, Saúde e Envelhecimento: histórias de participantes do Conselho
Municipal de Saúde de Porto Alegre.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 26 de outubro de 2012.

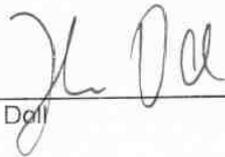
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Eliane Pinheiro Morais

Presidente da Banca – Orientadora

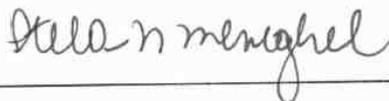
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Johannes Doll

Membro da banca

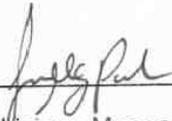
PPGEDU/UFRGS



Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Difícil não encher páginas e páginas com os nomes e os porquês de todos e todas que são coautores deste trabalho. Agradecer é voltar a todos os lugares, lembrar de todos que me acompanharam. Já disse Yupanqui: *“Yo tengo tantos hermanos que no los puedo contar. Gente de mano caliente, por eso de la amistad”*.

À minha amada família – pai Luiz, mãe Sara, mano ‘Naido’ – o agradecimento é inenarrável. Pelo apoio incondicional de sempre. Por me incentivarem, à sua maneira, a sempre aprender um pouco mais. Por estarem ao meu lado, por telefone, por internet, por pensamento. Uma vida inteira não basta para tantos ‘obrigadas’. À família extensa – tios, tias, primos e primas – que foram também um pouco pais, mães e irmãos. Tias porto-alegrenses, pelo cuidado, pelos almoços de domingo, pela preocupação.

A todos amigos e amigas, de Cerro Largo, de Santa Maria, de Porto Alegre e de tantos outros lugares. Por compreenderem os dias e noites em que não pude estar com vocês (e por aqueles em que estive e as risadas e cervejas aliviaram a tensão) e suportarem os desabafos e expectativas que este trabalho gerou. Talvez não agradeça pessoalmente a cada um, mas todos e todas foram e são essenciais sempre.

Aos companheiros e companheiras de Movimento Estudantil, Juventude e coletivos, por me ensinarem o valor da participação política e da democracia.

Aos colegas de trabalho e grandes amigos da Rede Governo Colaborativo em Saúde e ao nosso “mentor” Alcindo Antônio Ferla, pela força para finalizar este trabalho e, principalmente, por fazerem reafirmar meu compromisso com a Saúde Coletiva. Igualmente, aos colegas e conselheiros da Rede Unida, pelo Brasil afora.

A todos e todas que encontrei pelo caminho e compartilharam comigo acampamentos, andanças e “indiadas” nesses dois anos (Psicodália, EREP, Universo Livre, Ocupa POA, Fórum Social, VER-SUS, cascatas, colinas, batucadas...), pois não só os livros e professores ensinam. Esses momentos de diversão, reflexão e aprendizado ajudaram a construir quem eu sou hoje.

Às colegas do PPGEnf pelas trocas de conhecimento, afetos e angústias. Em especial, Joannie e Andreia, que, muito mais que coleguismo, me emprestaram um pouco de si e construíram comigo amizade e carinho para além dos muros da universidade.

Ao Luis, companheiro meu de todas as horas, pelo carinho, pelo colo, pela paciência e compreensão, por dividir comigo as alegrias e tristezas, as utopias e ideologias, as andanças de mestrado e de vida.

À tia Lígia e à colega de quarto Belen pela imensa ajuda na revisão e tradução deste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Eliane Pinheiro de Moraes, por me acolher e aceitar esse desafio comigo. Muito obrigada pela confiança, paciência e aprendizado.

À Prof.^a Dr.^a Soraya Vargas Cortes, pela enorme contribuição na qualificação do projeto, e aos colegas do PPGSociologia Márcio e Carlos pela ajuda teórica e prática, na sala de aula e no bar.

Aos professores Stela Nazareth Meneghel, Lisiane Paskulin e Johannes Doll por aceitarem o convite para contribuir com esse momento final do trabalho. Prof.^a Lisiane, pela ajuda em aulas, núcleo de pesquisa e pelos ensinamentos durante o mestrado. Prof.^a Stela, pela amizade construída e por ser companheira de lutas. Prof. Johannes pela contribuição científica e pelas excelentes aulas que assisti (conceitos de modernismo e pós-modernismo exemplificados no filme *Star Wars* me encantarão sempre).

Aos colegas de Comissão de Pós-Graduação do PPGEnf pela parceria e aprendizado durante o período de representação discente.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem pela simpatia e cordialidade. Em especial, Tatiane e Germana (ou Tatiana e Romana), da secretaria do PPGEnf, pelos “galhos quebrados”, pelas risadas e pela amizade.

À Capes pela bolsa de estudos que foi fundamental para o desenvolvimento do mestrado.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e a todos que dedicam seu tempo e vida para fazer esse espaço funcionar tão bem. Obrigada, em especial, à Heloísa e Maria Letícia, pela acolhida e pela disposição em me ajudar.

“Cada cual con sus trabajos, con sus sueños cada cual. Con la esperanza adelante, con los recuerdos de atrás. Yo tengo tantos hermanos, que no los puedo contar”.

A vida não é a que a gente viveu, e sim a que a gente recorda, e como recorda para contá-la.

Gabriel García Márquez

(...) não pensar que ele vive numa democracia porque ele põe um voto a cada quatro ou a cada dois anos e depois esquece, e dizer 'não, eu exerci e agora o problema é deles'. Não, o problema é nosso.

Quíron, sujeito deste estudo

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial expressado pelo crescimento acelerado da faixa etária acima dos 60 anos. Manter a autonomia e a independência é fundamental para que os idosos envelheçam ativamente. Assim, o exercício da participação política pelos idosos pode atuar como uma forma de promoção da saúde, visto que favorece a sociabilização e o desenvolvimento de habilidades. Este estudo de abordagem qualitativa, com caráter descritivo e exploratório, teve como objetivo analisar a experiência de participação política de nove idosos participantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre e a influência desta no seu processo de envelhecimento e na sua saúde. Utilizou-se de entrevistas temáticas que foram analisadas através da Análise de Conteúdo Temática. Os idosos, cinco homens e quatro mulheres, tinham entre 60 e 79 anos na realização das entrevistas, todos aposentados ou pensionistas e representam os usuários no CMS. A maioria dos entrevistados tem nível de escolaridade acima de oito anos, participam do CMS a menos de cinco e moram com familiares. Os idosos apontaram trajetórias de participação distintas que foram construídas participando de outros espaços, além do CMS. As motivações para participar evidenciaram que os idosos buscam, além de lazer e recreação, estratégias para melhor encarar o envelhecimento, a viuvez, o isolamento social, a aposentadoria e, ainda, ajuda para suas famílias e comunidades. O envelhecimento é encarado por muitos como um período de dificuldades, porém, mostrou-se que se manter em atividade proporcionou uma avaliação mais tranquila ou realista do processo de envelhecer e da saúde. A participação política se revelou um fator protetor para a saúde dos idosos, ao garantir o envolvimento com atividades após a aposentadoria e prazer em desenvolver um trabalho para a comunidade, além de estimular o desenvolvimento cognitivo e o estabelecimento de novas relações sociais. Os gestores e profissionais de saúde são atores importantes para a construção de espaços e atividades criativos que promovam a saúde dos idosos e no incentivo à participação de mais idosos nesses espaços.

Palavras-chave: Enfermagem. Envelhecimento. Saúde do Idoso. Conselhos de Saúde. Participação Social.

ABSTRACT

Population aging is a global phenomenon expressed by the accelerated growth of the age group above 60 years. Maintain autonomy and independence is essential for the elderly grow old actively. Therefore, the exercise of political participation by the elderly can act as a form of health promotion, since it favors the socialization and development of skills. This qualitative study, descriptive and exploratory, aimed to analyze the experience of political participation of nine elderly participants of the Municipal Health Council (CMS) of Porto Alegre and its influence on their process of aging and their health. Thematic interviews were used and analyzed using Thematic Content Analysis. The elderly, five men and four women, aged between 60 and 79 years in the interviews, all retirees or pensioners and represent the users in CMS. Most respondents have education level above eight years, participate in the CMS under five and live with relatives. The elderly showed distinct trajectories of participation that were built by participating in other spaces, in addition to CMS. The motivations to participate showed that the elderly look for, besides leisure and recreation, strategies to better face the aging, widowhood, retirement, social isolation and, also, to help their families and communities. Aging is seen by many as a period of difficulties, however, it was showed that keeping active provided a more peaceful or realistic evaluation of the process of aging and health. Political participation proved to be a protective factor for the health of the elderly, to ensure involvement with activities after retirement and delight to develop a work for the community, in addition to stimulate cognitive development and the establishment of new social relations. Managers and health professionals are important actors for building creative spaces and activities that promote the health of older people and in encouraging the participation of older people in these spaces.

Key Words: Nursing. Aging. Health of the Elderly. Health Councils. Social Participation.

RESUMEN

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial que se expresa con el crecimiento acelerado de la franja de edad situada por encima de los 60 años. Mantener la autonomía y la independencia es fundamental para que los ancianos envejezcan activamente. Así que, el ejercicio de participación política de los ancianos puede actuar como una forma de promover la salud, al favorecer la socialización y el desarrollo de las habilidades. Este estudio de abordaje cualitativa, con carácter descriptivo y exploratorio tuvo como objetivo analizar la experiencia de participación política de nueve ancianos participantes del Consejo Municipal de Salud (CMS) de Porto Alegre y la influencia de esta en su proceso de envejecimiento y en su salud. Se utilizaron entrevistas temáticas que fueron analizadas a través del Análisis del Contenido Temático. Los ancianos, cinco hombres y cuatro mujeres, tenían entre 60 y 79 años durante la realización de las entrevistas, todos jubilados o pensionistas y representaban a los usuarios del CMS. La mayoría de los entrevistados tienen nivel de escolaridad superior a los ocho años, participan del CMS un mínimo de cinco y viven con familiares. Los ancianos apuntaron trayectorias de participación distintas que fueron construidas participando en otros espacios, además del CMS. Las motivaciones para participar evidenciaron que los ancianos buscan, además de ocio y recreación, estrategias para afrontar mejor el envejecimiento, la viudez, el aislamiento social y la jubilación, además de ayuda para sus familias y comunidades. El envejecimiento es afrontado por muchos como un periodo de dificultades, pero se demostró que mantenerse en actividad proporcionó una valoración más tranquila o realista del proceso de envejecer y de la salud. La participación política se reveló como un factor protector para la salud de los ancianos, al garantizar un involucramiento con actividades después de la jubilación y un placer en desenvolver un trabajo para la comunidad, además de estimular el desarrollo cognitivo y el establecimiento de nuevas relaciones sociales. Los gestores y profesionales de la salud son actores importantes para la construcción de espacios y actividades creativos que promueven la salud de los ancianos y el incentivo a la participación de más ancianos en estos espacios.

Palabras clave: Enfermería. Envejecimiento. Salud del Anciano. Consejos de Salud. Participación Social.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição percentual da população residente, por grupos de idade, segundo as Grandes Regiões – 2011.....	19
Figura 2 – Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade - Brasil - 2001/2011.....	20

SUMÁRIO

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA	11
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Envelhecimento populacional e políticas públicas	18
3.2 Envelhecimento ativo.....	23
3.3 Participação política e o Sistema Único de Saúde	25
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	35
4.1 Tipo de estudo	35
4.2 Cenário e sujeitos do estudo	35
4.3 Coleta das informações	37
4.4 Análise das informações	39
4.5 Aspectos éticos.....	41
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
5.1 Os idosos: quem são?	42
5.2 “Sempre a gente tá na luta”	51
5.3 “A gente não permite que isso morra dentro da gente”	57
5.4 “Nós ainda não descobrimos uma fórmula de nos tornar eternamente jovens”	68
5.4.1 “Eu tô novinha ainda! O que vale é a cabeça, né?”	73
5.4.2 “Eu, pelo menos, eu vejo pessoas com a minha idade trancafiadas em casa pra nada”	78
5.5 “O controle social faz bem à saúde”	82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A	104
APÊNDICE B	106
ANEXO	107

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

A aproximação com a temática deste estudo – envelhecimento e participação política – nasceu da combinação de um interesse pessoal (participação) com a linha de pesquisa que me inseri juntamente da minha orientadora durante o mestrado, “Promoção, educação e vigilância em saúde e enfermagem”. Durante grande parte da minha graduação em Enfermagem, dediquei meus estudos e minhas práticas à pediatria, especialmente às crianças com necessidades especiais em saúde, mais especificamente àquelas com HIV/Aids. Assim, ingressei no mestrado em Enfermagem, propondo um projeto de pesquisa voltado à área pediátrica na comunidade. Porém, ao longo do primeiro ano de curso, muitas outras ideias foram nascendo e, devido à linha de pesquisa que estou inserida, juntamente da minha orientadora, o projeto foi reformulado para atender a essa demanda.

Para quem sempre esteve ligada à pediatria, admito ter encontrado alguma dificuldade para ‘migrar’ para os estudos relacionados ao envelhecimento, mas ao longo da construção do projeto fui me encantando pelo que lia e conhecia. Depois de muito estudo e leituras, e de pensar em muitos assuntos que me interessariam, é que cheguei ao tema atual. Apesar de, até o início da pesquisa, não ter aproximação com o cenário do estudo (Conselho Municipal de Saúde), sempre estive engajada em ações de participação, principalmente participação político-partidária e em movimentos sociais, e por essa forte identificação com essas experiências, me aproximei e construí o tema da pesquisa em torno da participação política.

A escolha do campo se deu com o intuito de descrever as histórias de participação daqueles que a exercem também na área da Saúde. Assim, encontrei o Conselho de Saúde como um potencial espaço de seu exercício. Quando estava construindo o projeto tive a oportunidade, em um evento paralelo, de conversar com uma trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde e expor minhas ideias para assegurar que a pesquisa seria viável. No momento, ela comentou que existiam muitos idosos no CMS com histórias interessantes de participação e que estes idosos eram muito ativos naquele espaço. Ao me aproximar do campo e dos sujeitos, fui reconhecendo histórias, trajetórias e vidas que foram me encantando, me comprometi em contar essas histórias.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial expressado pelo crescimento acelerado da faixa etária acima dos 60 anos, colocando em questão

alguns conceitos e definições, como o próprio conceito de *idoso/velho*. A ideia sobre ser idoso e sobre o envelhecimento está principalmente relacionada a questões biológicas, como um processo de perda das capacidades físicas e deterioração do corpo físico, além do surgimento de novas fragilidades psicológicas e comportamentais. Além do plano biológico, comumente relaciona-se a velhice com uma etapa da vida onde acontece a perda de papéis na sociedade e dependência econômica, muitas vezes levando a uma relação entre idoso e problema social (CAMARANO, 2004). Jordão Neto (1997) ainda aponta que velhice é um conceito que surgiu a partir das Revoluções Burguesa e Industrial, relacionando velhice com a saída do mercado de trabalho, ou seja, velhos seriam aqueles inaptos para exercer suas funções trabalhistas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota o critério etário quando considera que nos países em desenvolvimento são idosos aqueles com 60 anos ou mais e, nos países desenvolvidos, os indivíduos com 65 anos ou mais. Com base na definição da OMS, no Brasil, a Lei 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e a Lei 10.741/03 que estabelece o Estatuto do Idoso, consideram idosos aqueles com idade superior a 60 anos (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010c).

Apesar da associação entre envelhecimento e países desenvolvidos, desde a década de 50 do século XX, a maioria dos idosos vive em países em desenvolvimento, correspondendo, atualmente, a cerca de 70% da população idosa. O que difere os países desenvolvidos daqueles em desenvolvimento, com relação ao envelhecimento de sua população, é que os primeiros enriqueceram antes de sua população começar a envelhecer, o processo de envelhecimento foi se dando de forma gradual (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987). Já em países como o Brasil, esse processo está acontecendo rapidamente e não se tem estrutura socioeconômica para enfrentar os gastos e as mudanças sociais advindas do envelhecimento. Consequência disso: muitas e importantes mudanças ocorrem na estruturação dos papéis assumidos pelos idosos no trabalho, na família e na sociedade, dentre outros (OMS, 2005).

Devido ao aumento da expectativa de vida nos últimos anos, os idosos têm assumido diferentes papéis na sociedade, rompendo com a imagem de fragilidade e incapacidade e se mostrando como cidadãos ativos. Nesse sentido, surge o conceito de envelhecimento ativo, onde termo “ativo” diz respeito à participação nas questões sociais, não apenas à capacidade estritamente física. Dessa forma, uma meta para

se alcançar o envelhecimento ativo é manter a autonomia e independência do idoso. Essa denominação foi adotada pela OMS na década de 90 na tentativa de transmitir uma ideia mais abrangente que “envelhecimento saudável”, seguindo a compreensão de que é necessário mais que cuidados ligados diretamente à saúde biológica para promover a saúde e qualidade de vida dos idosos (OMS, 2005).

Entendendo a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986), a participação política dos idosos pode atuar como uma forma de se promover a saúde, visto que favorece o contato social, o desenvolvimento de habilidades, o sentimento de pertencimento à sociedade, dentre outros benefícios. Acredita-se que a participação política exercida pelos idosos, além de atuar como protetor de sua saúde, visto que proporciona novas relações e a conquista de um papel social, faz com que os idosos lutem pela garantia de seus direitos, exercendo sua cidadania.

A definição de participação política é utilizada para designar diferentes ações, envolta em discussões no sentido de melhor defini-la. Segundo Verba e Nie (1972), participação política é um conceito restrito, referindo-se especificamente à relação via-à-vis com o governo, com a influência na formulação de políticas. Este termo geralmente é utilizado para designar diversas atividades, como o voto, a militância partidária e a participação em manifestações, atividades relacionadas ao modelo ocidental de democracia. Como aponta Bobbio (2002), “se pode participar, ou tomar parte nalguma coisa, de modo bem diferente, desde a condição de simples espectador mais ou menos marginal à de protagonista de destaque”.

Verba e Nie (1972) ainda ressaltam que há três maneiras principais de participação política: a presença, uma forma mais passiva de participação, onde os indivíduos não dão contribuição pessoal, como, por exemplo, comparecer a reuniões; a segunda forma é a ativação, quando o cidadão desenvolve atividades dentro de organizações políticas e, por fim, o que se chamaria estritamente de participação, em que os indivíduos contribuem diretamente para a formulação de políticas, como seria o caso de representantes do governo.

Se considerarmos participação como sendo apenas aquela exercida por membros do governo, estaríamos lidando com um sistema muito restrito, ignorando a participação da população nas diferentes associações, que de forma indireta também participam na política. Apesar de ser uma definição bastante restritiva, é

interessante para perceber o quanto a participação política está relacionada com o fortalecimento de um sistema democrático. De acordo com os autores supracitados, participação política se refere às atividades de cidadãos privados que visam a influenciar as decisões governamentais, além da participação eleitoral, mas participando em outros espaços políticos.

Na saúde pública, as práticas envolvidas nos processos de saúde e de doença são permeadas por interesses de diferentes segmentos envolvidos, sejam profissionais de saúde, gestores ou usuários do sistema. Nessas relações, as ações dos movimentos sociais adquirem forma, expressando suas demandas em saúde e, assim, se fazendo presentes no movimento de participação (ACIOLI, 2010). Segundo Borja *apud* Oliveira e Almeida (2009), o intuito da participação é promover o contato entre os cidadãos e as instituições estatais, permitindo que os interesses e as demandas da população sejam considerados no momento da formulação de políticas e programas.

Uma das formas de exercer a participação política no Sistema Único de Saúde é a através do espaço dos Conselhos de Saúde. Os Conselhos são espaços institucionalizados que permitem a integração da sociedade organizada na administração da saúde, propiciando a efetivação da participação. A atuação dos Conselhos de Saúde se dá na formulação de estratégias e no controle das Políticas de Saúde, sendo sua criação estabelecida por leis municipais, estaduais ou federais. A participação dos usuários do SUS nesses espaços objetiva atuação direta na deliberação sobre políticas e programas de saúde e fiscalização sobre o cumprimento dos deveres do Estado (ASSIS, VILLA, 2003). Dessa forma, ao participar ativamente dos Conselhos de Saúde é necessário que o cidadão tenha capacidade de atuar politicamente, promovendo acordos e negociações a fim de representar os objetivos coletivos.

A maioria da população, além de não ser estimulada a desenvolver a participação, pelo contrário, é incentivada a se abster da política. A partir de estudos, pode-se perceber que os indivíduos que mais participam têm algumas características comuns: índice elevado de homens, de classes altas, com maior grau de escolaridade, em centros urbanos, em que as famílias já possuíam algum envolvimento com política e que participam também de outras associações (GERSCHMAN, 2004).

Esses resultados vão ao encontro dos estudos de Labra e Figueiredo (2002) que, ao caracterizar os conselheiros municipais e distritais, observaram que as associações, em geral, indicam pessoas mais maduras, melhor capacitadas e que estejam na cúpula dirigente da instituição para representá-las como conselheiros de Saúde. Assim, os conselheiros geralmente são possuidores de espírito colaborador e de liderança, em sua maioria homens mais velhos e com formação superior. Ainda, os entrevistados reconhecem que a participação como conselheiros tem contribuído com seu sentimento de cidadania, se sentindo mais pertencentes à comunidade e responsáveis pela qualidade dos serviços de saúde.

A participação de idosos nos espaços de participação política é um fator importante nas lutas pela garantia de seus direitos e dos direitos de todos os cidadãos, bem como no exercício de seus deveres, ao mesmo tempo em que pode agir como um fator de proteção para sua saúde e auxílio para a garantia de um envelhecimento ativo. Comprometendo-se com o exercício da participação política, o idoso encontra um espaço onde pode desenvolver sua autonomia, seu sentimento de pertencimento à comunidade, adquirindo, assim, um novo papel na sociedade, o que contribui para sua autoestima e, conseqüentemente, para sua saúde e bem-estar (NERI, DEBERT, 1999).

Ainda, segundo Dallari (1991), a possibilidade de os idosos participarem de alguma forma nas questões sociais não equivale a um exercício das mesmas atividades profissionais anteriores, mas sim, uma atividade nova em que o indivíduo possa se abrir mais para a comunidade. Dessa forma, a participação pode se configurar como uma estratégia para os idosos vencerem o isolamento que muitas vezes advém com a aposentadoria e as limitações conseqüentes do processo de envelhecimento.

Tendo em vista as considerações anteriores, acredito que seja pertinente a investigação do exercício da participação política pelos idosos. Esse estudo se justifica, primeiramente, através do pressuposto de que atualmente os idosos estão envelhecendo mais ativamente e, assim, assumindo diferentes espaços de participação na sociedade. Além disso, creio na necessidade de compreender as experiências de participação política dos idosos, para que se possa entender quais as motivações e a trajetória dos mesmos até alcançar a idade atual. Ainda, com a caracterização desses cidadãos, é possível que se tenha uma breve noção do perfil

dos idosos que ocupam os espaços de participação e se, com essa inserção, estão modificando o seu processo de envelhecimento.

Ainda, convém salientar que, no Brasil, não existem publicações de estudos acerca das temáticas de envelhecimento e o exercício da participação política. Durante o processo de construção da dissertação, realizei buscas nas bases de dados e o mais próximo que encontrei do tema que pretendia abordar foram estudos sobre envelhecimento ativo e de idosos que exercem voluntariado (SOUZA, 2007; AZEVEDO, 2003; PAULIN, 2009; MAZO *et al*, 2009). Não foram encontrados estudos que investigassem as histórias e trajetórias de idosos na participação política e, assim, acredito que este estudo seja de importante contribuição para a construção do conhecimento nos campos da Saúde e Participação.

Devido ao exposto, questionou-se: Quais experiências de participação política têm os idosos que participam do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre? Qual o perfil desses idosos? Quais são suas trajetórias de participação política e como percebem a influência desta no seu processo de envelhecimento e na sua saúde?

No que se refere à relevância e possíveis contribuições deste estudo, destaco que um estudo na área da Enfermagem que trata de participação tem significativa importância, se entendermos saúde diretamente relacionada com o exercício da cidadania. Considero relevante para a Enfermagem a realização de um estudo que verse sobre participação, tendo em vista o pressuposto de que a participação pode atuar como protetor da saúde, além de ser um dos princípios do Sistema Único de Saúde. Em especial, ao tratar da inclusão dos idosos nas práticas de participação em saúde, penso nesta como fator de proteção para sua saúde, contribuindo com o sentimento de pertencimento à sociedade e com o envelhecimento ativo.

Assim, espera-se incentivar, com este trabalho, as ações de participação pelos idosos em diversos espaços da sociedade e, especificamente, do SUS, estimulando sua participação na luta pelos seus direitos de cidadãos e no compartilhamento de suas experiências e saberes com os demais. Ainda, espera-se incentivar os estudos nessa área e contribuir com o fortalecimento de ações pautadas no incentivo de participação da sociedade civil nos espaços de gestão participativa do SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a experiência de participação política dos idosos e sua influência no seu processo de envelhecimento e na sua saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os idosos participantes do Conselho Municipal de Saúde quanto a sexo, idade, situação de emprego, com quem moram, escolaridade, tempo que participam das reuniões e que segmento representam.
- Conhecer a trajetória e as perspectivas de participação política dos idosos e sua relação com sua saúde e envelhecimento.

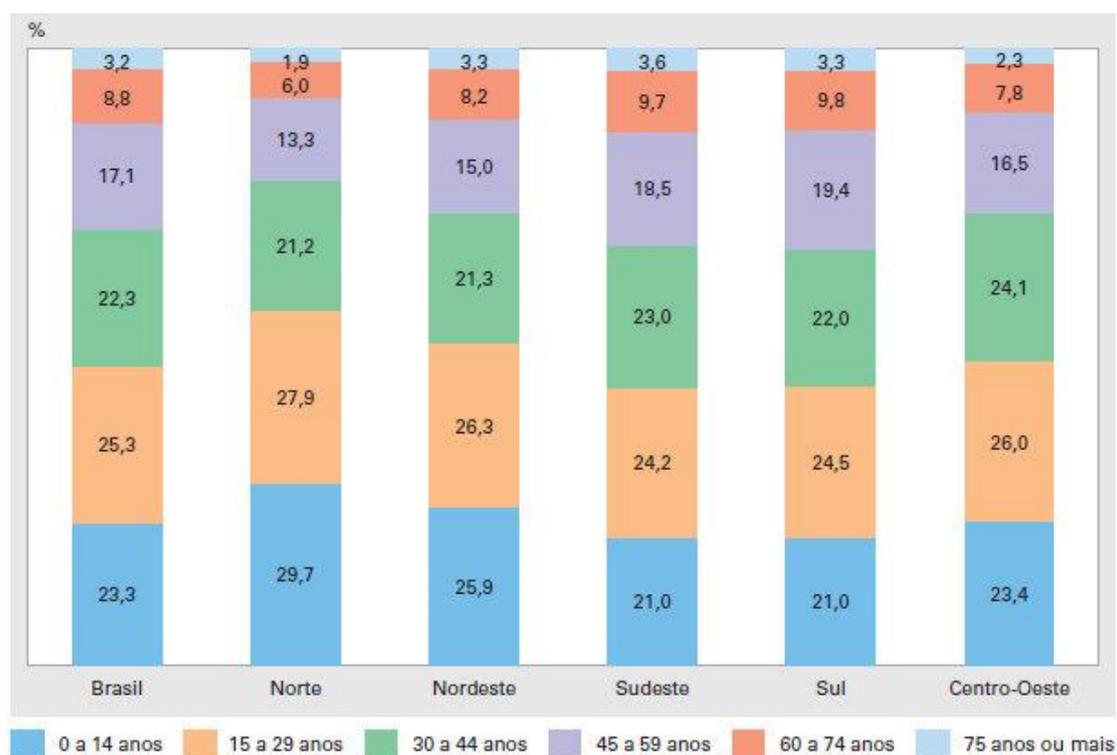
3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento populacional e políticas públicas

Em todo o mundo, a faixa etária de 60 anos ou mais está crescendo com mais rapidez, quando comparada com as demais. Dados do início deste século já indicavam este crescimento, pois 8,6% do total da população brasileira, o que equivale a 14,5 milhões, eram de pessoas idosas. Este número expressivo apresenta tendência a crescer ainda mais e caracterizar, em 2020, aproximadamente 30,9 milhões de pessoas, ou seja, 14% da população total do país (BELTRÃO, CAMARANO, KANSO, 2004). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o índice de envelhecimento no Brasil se elevou de 31,7, em 2001, para 51,8 em 2011. Ou seja, atualmente há aproximadamente uma pessoa de 60 anos ou mais para cada duas pessoas de menos de 15 anos (IBGE, 2012a).

A proporção de idosos, entre 1998 e 2008, aumentou de 8,8% para 11%, enquanto o número de crianças e adolescentes de até 14 anos equivalia a 24,7% da população em 2008, tendo uma redução de 17,7% desde 1998, quando esse número era de 30% (IBGE, 2008). Os dados do Instituto ainda apontam que, entre os anos de 2001 e 2011, a quantidade de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 14,5 para 18,6 para cada grupo de 100 pessoas em idade potencialmente ativa. (IBGE, 2012a).

O crescimento da faixa etária de 60 anos ou mais se confirmou nos dados da síntese de indicadores da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2011, visto que as faixas etárias mais elevadas apresentaram aumento na população total (IBGE, 2012b). Isso significa que a porcentagem de idosos, que em 2001 era de 9,0%, subiu para 12,1% em 2011, o equivalente a 23,5 milhões de idosos. Ainda, segundo estatísticas do IBGE, em 2009 as pessoas com menos de 30 anos correspondiam a 52,2% da população, enquanto aquelas com 60 anos ou mais equivaliam a 11,3%. Em 2011, estes valores passaram a 48,6% e 12,1% respectivamente. Ainda, as maiores proporções de idosos se concentram nas regiões Sudeste e Sul, contando com uma porcentagem de 13,3% e 13,1%, respectivamente, conforme o exposto na Figura 1.

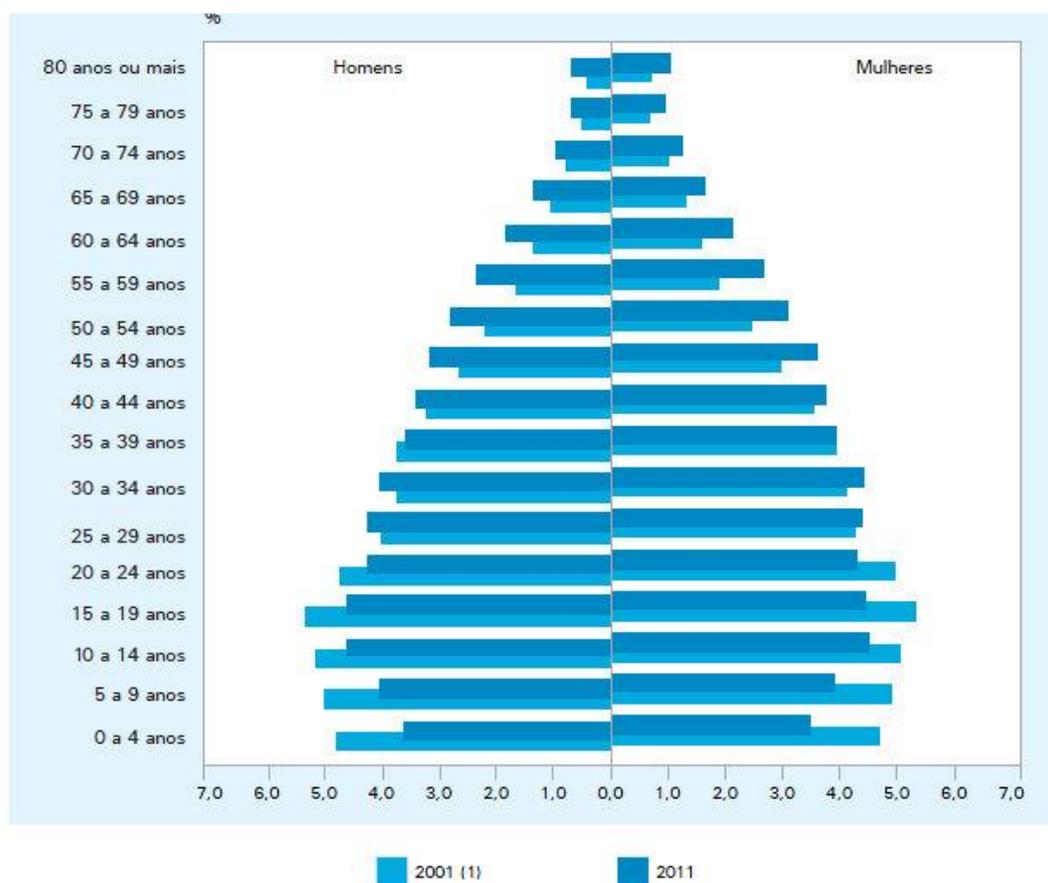


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2011.

Figura 1 – Distribuição percentual da população residente, por grupos de idade, segundo as Grandes Regiões - 2011.

Esse aumento do contingente de idosos, especialmente nos países em desenvolvimento, está relacionado com o decréscimo da taxa de natalidade e com a redução da mortalidade entre os idosos. Considerando que nas décadas de 50 e 60 a taxa de fertilidade nesses países era consideravelmente maior do que a atual e que nos dias de hoje as pessoas estão vivendo cada vez mais e melhor, estima-se que até 2020 os nascidos nessas décadas serão os responsáveis pelo delineamento retangular da pirâmide populacional (KALACHE, 1987).

Estima-se que até 2025, 120 países terão alcançado taxa de fertilidade abaixo do nível de reposição, ou seja, o declínio das taxas de fertilidade acompanhado do aumento da expectativa de vida acarretará em populações mais velhas (OMS, 2005). Em decorrência dessas mudanças, a pirâmide etária no Brasil e no mundo está passando para uma forma mais cilíndrica, que significa uma tendência de que existam mais velhos do que crianças, conforme exposto na Figura 2.



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2001/2011.

(1) Exclusiva a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Figura 2 – Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade - Brasil - 2001/2011

Como consequência do aumento da população idosa, aumentam também os desafios dos Estados com a manutenção dessa parcela populacional, geralmente economicamente inativa. Ou seja, aumenta a relação de dependência entre a parcela economicamente ativa e a não ativa da população. Assim, torna-se necessária uma intervenção do Estado no sentido de formulação de políticas públicas que garantam a seguridade dos idosos, além da preocupação com a manutenção e promoção de sua saúde.

Segundo Camarano (2004), o Brasil é um dos pioneiros na América Latina a implantar uma política de universalização da seguridade social. A primeira iniciativa do governo federal em prol da população idosa ocorreu em 1974 e consistia em ações preventivas realizadas para a população idosa em centros sociais do extinto Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), além do custeio de internações

custodiais para os aposentados e pensionistas do INPS que não tinham condições financeiras, físicas ou mentais de viverem sozinhos.

Em 1976, o Ministério da Previdência Social (MPAS) elaborou o documento intitulado *Política Social para o idoso: diretrizes básicas* (CAMARANO, 2004) que continha algumas diretrizes para a população idosa. Até então, as políticas do governo federal para os idosos versavam principalmente sobre renda para os aposentados e assistência para aqueles dependentes. Essa visão começou a mudar por influência do debate internacional acerca do envelhecimento populacional, a partir da década de 1980.

O marco do conhecimento internacional sobre o envelhecimento populacional foi a *1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, em 1982, que resultou na elaboração do Plano de Viena. Esse documento trouxe recomendações sobre a vulnerabilidade da população idosa que, até então, era marginalizada pelos órgãos responsáveis por saúde, previdência, assistência social, cultura, entre outros. Uma das conclusões dessa assembleia foi a necessidade de conscientização da sociedade sobre a adoção de um conceito ativo e positivo sobre o envelhecimento. Apesar desse encontro ter sido realizado em um país desenvolvido e, conseqüentemente, as recomendações contidas no Plano elaborado serem direcionadas e baseadas em populações idosas de países desenvolvidos, aos poucos impulsionou a formulação de programas e políticas também nos países em desenvolvimento (ONU, 1982).

A partir da mudança de visão sobre o conceito de envelhecimento, no Brasil houve um grande avanço nesse sentido com a implantação da Constituição Federal de 1988, que levou em consideração algumas das premissas do Plano de Viena. Em seu Art. 230, fica disposto que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. No primeiro inciso, fica estabelecido que os cuidados aos idosos devem ser executados preferencialmente em seus lares. Além disso, foi introduzido o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social passasse a ser entendida como um direito de cidadania (BRASIL, 1988).

Durante a década de 1990, foram sendo regulamentados dispositivos constitucionais sobre políticas setoriais para a população idosa. Em 1994 foi aprovada a Lei 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), um

conjunto de ações que visam assegurar os direitos sociais dos idosos de uma maneira bastante ampliada. A premissa da PNI é de que “o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas”. A operacionalização dessa política ficou a cargo das três esferas do governo, promovendo a integração dos ministérios entre si e com a sociedade civil (BRASIL, 2010b).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, apenas cinco anos depois, em 1999, foi elaborada a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria nº 1.395, que tem como eixo a prevenção de agravos à saúde por meio da promoção da saúde e do atendimento multidisciplinar específico para esta faixa etária. A partir das medidas tomadas para melhor organizar a prestação de serviços de saúde aos idosos, pretendia-se com essa nova política responder às necessidades reais desse grupo etário, frente aos altos custos de investimento no tratamento médico pelo SUS (BRASIL, 1999). Mais tarde, em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a fim de se atualizar politicamente frente ao crescente envelhecimento da população. A principal novidade da nova lei está na ênfase dada à promoção do envelhecimento ativo e saudável, uma abordagem integral do cuidado à saúde dos idosos (BRASIL, 2006d).

Com os constantes debates acerca da questão do envelhecimento populacional em todo o mundo, as concepções sobre envelhecimento foram mudando do ideário associado à dependência e problemas sociais para uma visão de idosos como participantes e atuantes na sociedade. Em 2002 ocorreu a *2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, em Madri, para formular um novo plano de ação, devido à mudança no contexto socioeconômico mundial na entrada do século 21. Esse novo plano traz a necessidade de formulação de políticas que garantam um envelhecimento saudável, postulando a participação ativa dos idosos na sociedade. O principal ponto de inovação do Plano de Madri está relacionado à contribuição dos idosos para a sociedade, considerando a população idosa como contribuinte para o desenvolvimento econômico e social (ONU, 2003).

A fim de contribuir com as discussões da *2ª Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento*, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Brasil reproduziu o material da OMS intitulado *Envelhecimento Saudável – Uma Política de Saúde*, que defende a promoção de modos de vida saudáveis em todas as idades (OMS, 2005). A partir das considerações expostas no Plano de Madri, o Brasil

adequou sua legislação, de forma a abordar com equidade a questão do envelhecimento, já que, até então, as políticas públicas referentes à população idosa estavam fragmentadas em diferentes setores do Estado.

Assim, em 2003, com o intuito de estabelecer uma única peça legal, foi sancionado o Estatuto do Idoso, que incorpora as leis e políticas já vigentes e traz novos elementos e visões sobre um tratamento integral de atenção ao idoso. (BRASIL, 2010c). Esse documento contém 118 artigos que tratam de diversas áreas dos direitos dos idosos e reforçam diretrizes apontadas pela PNI, na tentativa de promover a justiça social e a igualdade de direitos desse subgrupo populacional.

Tanto o Plano de Madri, em nível internacional, como o Estatuto do Idoso, especificamente no Brasil, trazem a necessidade da inclusão da questão do envelhecimento na agenda das políticas públicas dos países em desenvolvimento, visto o crescimento acelerado da população idosa e, principalmente, pontuam a importância de mudança na percepção do envelhecimento e do papel do idoso na sociedade. Sabe-se que, atualmente, o idoso tem assumido diferentes papéis e não cabe mais somente vigorar a visão de vulnerabilidade e dependência desse grupo etário. Nesse sentido, passa-se a valorizar o idoso como participante da sociedade e ativo nos seus diversos espaços (CAMARANO, 2004).

A Organização das Nações Unidas (2003) aponta, por meio do Plano Internacional para o Envelhecimento, a participação dos idosos nos processos políticos decisórios como uma meta a ser alcançada a fim de manter uma sociedade para todas as idades. As estratégias para se alcançar essa meta se concentram em oferecer oportunidades, criar espaços e promover a participação cívica dos idosos, a fim de que continuem ativos na vida cultural, econômica, política e social ao longo da vida, e são maneiras de lutar contra o isolamento social, promovendo a sociabilização. Metas da ONU como as expostas no documento supracitado demonstram uma mudança da visão tradicional da velhice, relacionada com isolamento e ausência de papéis sociais significantes, para outra, que considera esse período próprio para a busca de novas conquistas e realizações pessoais.

3.2 Envelhecimento ativo

A partir do reconhecimento de que os idosos deixaram de serem vistos apenas como um grupo populacional frágil e vulnerável, passou-se a se assumir

uma visão do idoso como cidadão ativo. Nesse sentido surge o conceito de *envelhecimento ativo*, que a OMS define como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS 2005).

De acordo com o documento *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*, os países podem custear os gastos de saúde acarretados pelo envelhecimento da população se forem implantados políticas e programas de envelhecimento ativo. O argumento dos autores é que os altos custos com despesas médicas não estão relacionados com a velhice em si, mas sim com as deficiências e a saúde precária apresentadas pelos idosos, devido à carência de prevenção de doenças e promoção da saúde (OMS, 2005; BRASIL, 2006b).

De outra forma, a sociedade moderna não prevê um papel específico para os idosos, assim, tende-se a homogeneizar o grupo de idade acima dos 60 anos, tratando-os como frágeis e desprivilegiados. Deste modo, a velhice acaba por ser um momento de mudança dos papéis sociais do cidadão que se aposenta ou perde habilidade para realizar seu trabalho. Contudo, na atual conjuntura do envelhecimento populacional e do mercado de trabalho, muitos cidadãos continuam trabalhando formal ou informalmente após os 60 anos. Ressalta-se aí a importância da valorização do trabalho informal dos idosos, que muitas vezes é fundamental para o funcionamento de suas famílias, cuidando dos mais jovens e da sociedade em geral, prestando serviços sem remuneração (NERI, DEBERT, 1999).

Devido à melhor qualidade de vida dos idosos na atualidade, permitindo sua autonomia e independência, encontram-se muito mais idosos morando sozinhos do que a tempos atrás. Isso não significa que estes idosos estão abandonados, mas pode refletir um rearranjo das famílias, a chamada “intimidade à distância” (DEBERT, 2004). Essa separação espacial de suas famílias permite maiores interações sociais, pois assim os idosos precisam procurar outros círculos fora de casa para criar vínculos. A necessidade de participação em círculos sociais é inerente ao ser humano e o processo participativo é de extrema importância para indivíduos de todas as faixas etárias, mas principalmente para os idosos, visto que auxilia o desenvolvimento pessoal e comunitário (BORGES, 2002). Segundo Azevedo *et al* (2003), é em busca de fugir da solidão que os idosos conquistam novos espaços e relações, realizando-se como indivíduos e adquirindo novos papéis.

A abordagem dada pelo conceito de *envelhecimento ativo* está pautada no reconhecimento da cidadania e dos direitos das pessoas idosas, além dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização. Assim, o enfoque deixa de estar nas necessidades dos idosos, ou seja, na visão do idoso como ser passivo e vulnerável, para um olhar voltado aos direitos e deveres dos idosos e à igualdade de oportunidades em todos os espaços sociais.

Dessa forma, é incentivada a responsabilidade no exercício da participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade (OMS, 2005). Essa abordagem do conceito '*ativo*' refere-se à atividade não apenas restrita ao físico ou à força de trabalho, mas sim, à participação na vida em comunidade, inserindo-se nos processos participativos relacionados às questões sociais, econômicas, culturais e civis.

De acordo com Azevedo *et al* (2003), é a partir de sua visão da postura que a sociedade assume em relação a eles que os idosos irão se sentir mais ou menos dispostos a participar socialmente. Nesse sentido, a reflexão acerca de todas as políticas e documentos que foram citados ao longo deste trabalho converge para o fato de que os avanços políticos que garantem os direitos dos idosos só podem ser obtidos através de luta e pressão da sociedade civil aos formuladores de políticas públicas.

3.3 Participação política e o Sistema Único de Saúde

Entendendo a democracia como o governo exercido pelo povo (*demos* "povo", *kratos* "poder") e, ainda, de acordo com Van Deth (2001), falar de participação política significa também falar de democracia, sendo que alguns autores apontam até que são dois conceitos inseparáveis. A democracia é tida como o sistema político mais capaz de promover a igualdade política e de assegurar a liberdade e os direitos comuns, de satisfazer as diferentes necessidades dos cidadãos e de realizar um processo de tomada de decisões que leve em consideração os interesses da população (GIDDENS, 2005).

Nesse sentido, e sem considerar a amplitude e os limites teóricos do conceito, sociedade civil é entendida aqui como a reunião de grupos, associações, movimentos que defendem os interesses e projetos da sociedade, organismos sociais relativamente autônomos frente ao Estado e que disputam a condução do

poder (GRAMSCI, 2002). Para Gramsci, esses movimentos da sociedade civil são o retrato da organização popular dentro de um governo democrático e é por meio desta mobilização do povo que as massas se organizam de baixo para cima, ganhando voz perante os governantes. Esses grupos podem se organizar na forma de sindicatos, partidos populares, comitês de bairro, associações de moradores, espaços que reúnem indivíduos dispostos a pensar coletivamente em soluções para problemas comuns (MOROSINI, 2007).

A sociedade civil “ativa”, entendida como um esfera que difere do Estado e do mercado, em que os cidadãos apontam novas questões aos governantes, disputam seus direitos e buscam ampliar a participação do povo no processo político, remete, no Brasil e em outros países da América Latina, ao combate a regimes ditatoriais nas décadas de 70 e 80 (GALLEGOS, 2009). Existem, ainda, atores que atuam em fóruns participativos específicos, podendo caracterizar comunidades de políticas, que agem nas redes de políticas. Essas comunidades se constituem dentro das redes a partir das relações entre um número limitado de atores com uma visão similar do resultado almejado para áreas específicas das políticas públicas.

As comunidades de políticas objetivam a influência nos processos decisórios à medida que as políticas e os programas são elaborados no governo (CORTES, 2009b). Na área da Saúde do Brasil, uma das principais comunidades de políticas que exerceu forte influência nas últimas três décadas é o chamado Movimento Sanitário, que visava à reforma do modelo de saúde vigente.

No bojo desta discussão, emerge o tema da participação política. A participação como um termo amplo, pode ser exercida em vários espaços, desde a família, na comunidade ou no trabalho. Os espaços existentes hoje são inúmeros, os cidadãos podem exercer variadas modalidades de participação em associações de bairro, de escolas, instituições religiosas e realizar trabalhos voluntários em muitos outros espaços. Todas essas formas de participar na sociedade são válidas, mas diferem da participação estritamente política. Este termo refere-se a uma forma de participação mais estrita, segundo Verba e Nie (1972), especificamente à relação com o governo, no intuito de influenciar na formulação de políticas. Apesar de restrito, o uso deste conceito remete à relação da participação política com o fortalecimento de um sistema de governo democrático.

Para além de atividades como o voto eleitoral e campanhas partidárias, entende-se a participação política como todas as ações que visam influenciar direta

ou indiretamente no processo político governante. É nesse sentido que ela difere de outras formas de participação, como associações de pais e mestres, religiosas e de moradores. Na verdade, o conceito de participação política encontra diferentes vertentes teóricas que defendem quais ações e espaços a compõem, mas o ponto principal em que convergem todas as argumentações é de que é necessário o fluxo de influências a partir das massas, onde haja o comportamento dos cidadãos na tentativa de influenciar o governo, tornando o processo político realmente democrático (VERBA, NIE, 1972).

Participação política é a democracia tomando formas, é deixar de se restringir ao voto a cada dois ou quatro anos e se envolver em outras votações, formar grupos políticos e se engajar em protestos legais ou ilegais, tudo com o intuito de chamar a atenção dos governantes para os interesses de uma comunidade ou grupo. Nas palavras de Bordenave (1994, p.22) “de fato, a palavra participação vem da palavra parte. Participação é fazer parte, tomar parte ou ter parte”. E, assim, a participação acaba por revelar efeitos (positivos ou negativos) não apenas nas relações políticas, mas também na individualidade dos sujeitos, podendo causar mais preocupações e conflitos ou aumentar seu sentimento de pertencimento à sociedade e satisfação pessoal (VERBA, 2001).

A literatura acerca da participação política é envolta por classificações, denominações e tipologias que caracterizam as formas de envolvimento dos participantes nos processos decisórios. Sem se deter em desenrolar as especificidades da participação, alguns espaços comuns deste exercício podem ser reconhecidos, como a militância partidária e os sindicatos de trabalhadores (BOBBIO, 2002).

Na área da Saúde, além de também contar com militantes e sindicalistas, os espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde são fortes mecanismos institucionais de participação política. Esses espaços, hoje constitucionais e deliberativos, foram conquistas da comunidade de política que ficou conhecida como Movimento Sanitário, formada por acadêmicos, pesquisadores, trabalhadores da área da Saúde e ganha destaque na formulação de estratégias que, além de reformular o sistema de saúde, definiria o modo que a participação se tornaria constituinte anos mais tarde. Dessa forma, a pressão por participação exercida pelos atores dessa comunidade na década de 70 viria a democratizar o sistema de saúde

e impulsionar à gradativa abertura do sistema político governamental (CORTES, 2009b).

Antecedendo o golpe militar de 1964, tivemos no país um período de 19 anos de experiência democrática, onde os movimentos sociais não tinham tanta expressividade. Foi durante o período da ditadura militar, até metade dos anos 80, que se favoreceu um contexto de fortalecimento do movimento democrático a partir das massas, no combate ao regime ditatorial e na luta por direitos cidadãos. Nesse cenário político, a relação entre saúde e democracia esteve no centro do debate, culminando, posteriormente, na criação de um Sistema Único de Saúde (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

O golpe militar de 1964 interrompeu a breve experiência democrática no Brasil, a partir da alegação de restaurar a ordem social (leia-se, combater os movimentos de base comunistas e sindicalistas) e reordenar a economia nacional. Para isso, instalou-se um modelo de repressão de qualquer canal de comunicação entre Estado e sociedade, e a exclusão econômica de parte da população. Em 1965 foram abolidos os partidos políticos, instaurando um modelo bipartidário: Arena e MDB e, em 1967, tomou posse o general Costa e Silva, promulgando nova Constituinte Federal. Durante os anos seguintes, o governo militar se caracterizou como altamente autoritário, marcado por repressão política àqueles que se opunham ao regime e cortes nas áreas assistencial e previdenciária (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

Durante os mais de 20 anos do regime militar, a saúde pública recebeu pouca atenção, contando com menos de 2% do PIB nacional, acarretando em péssimas condições sanitárias para a população e, conseqüentemente, em altas taxas de mortalidade. Esse período foi marcado pela unificação dos Institutos de Aposentadoria que passaram a controlar as aposentadorias, a assistência médica e as pensões de todos os trabalhadores, excluindo boa parte dos trabalhadores informais e rurais. Com a deficiência de recursos públicos destinados à saúde pública, a assistência à saúde passou a ser largamente prestada por empresas privadas, se tornando um espaço incontrolável de corrupção (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

Ao fim de uma década de regime militar, os indícios da decadência deste modelo começaram a ser visíveis. A forte repressão política e concentração da riqueza entre os poderosos gerou impopularidade e a insatisfação popular começou

a tomar forma nas ruas. Em 1974, pela primeira vez, grandes parcelas da população, que iam desde a classe média até os setores mais pobres das zonas rurais, retiraram seu apoio ao regime nas eleições. No setor Saúde, os sindicatos passaram a debater a situação decadente da saúde pública e a se organizar a fim de exigir mudanças. Criava-se, nesse momento, o embrião do movimento mais expressivo da luta pelo SUS, o Movimento da Reforma Sanitária (MELLO e CARRARA, 1982; ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

A partir da década de 70, mais especificamente do ano de 1975, setores da sociedade civil organizada começaram a se movimentar no sentido da abertura do regime. A Associação Brasileira de Imprensa, o MDB e, principalmente a Igreja Católica, foram setores bastante expressivos nesse movimento, além do ressurgimento do movimento estudantil, considerado ilegal pelos militares, através da União Nacional dos Estudantes (UNE). Como estratégia para se manter no poder, os governantes militares criaram planos de distensão política, apontando prioridades de cunho social a serem cumpridas. Como não existiam quadros suficientes para o preenchimento desses espaços, logo lideranças do Movimento Sanitário passaram a integrar esses projetos, levando propostas democratizantes nas áreas da Saúde e Previdência Social (ESCOREL, 1998).

Nesse clima de insatisfação com a política de saúde nacional, foi emergindo o Movimento Sanitário, que propunha a Reforma Sanitária. Ao mesmo tempo que desenvolvia projetos independentes, atuava dentro das esferas governamentais, através da ocupação de cargos estatais por técnicos ligados ao movimento.

Mesmo com a abertura política, a partir da década de 80, a crise econômica se agravava e, junto dela, a insatisfação popular com o regime, levando o povo para a rua em um brado uníssono “diretas já!”. Na mesma via, o movimento pela democratização da saúde ganha força, abrindo-se espaço para as Conferências Nacionais de Saúde, dentre outras instituições, e debates não formais que apontavam alternativas ao modelo de saúde vigente. Quando, finalmente, cai o regime militar, em 1985, líderes do Movimento Sanitário assumem efetivamente postos no alto escalão, responsáveis pela política de saúde (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

As discussões realizadas pelo Movimento Sanitário ganharam ainda mais notoriedade com a realização da *8ª Conferência Nacional de Saúde*, realizada em março de 1986, que se constituiu como um marco de transformações políticas

(MARTINS *et al*, 2008). Com a realização desse fórum, teve origem a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, constituída de forma paritária por representantes governamentais e da sociedade civil. Mesmo sem base legal, inaugurou um processo de participação da sociedade civil nas deliberações de políticas de saúde, além de constituir o pilar da Reforma Sanitária e, conseqüentemente, do Sistema Único de Saúde (CORTES, 2009a).

No relatório final da 8ª Conferência é apontada a “debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde” (BRASIL, 2010a). Participação, assim, é pensada como parte da constituição da política de saúde. A comissão da Conferência aponta que o direito à saúde deve ser garantido, entre outras condições, mediante o controle da formulação, gestão e avaliação das políticas pela população, sendo necessário estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, “assegurando o controle social sobre as ações do Estado”.

A partir da 9ª Conferência, a concepção de participação passou por uma reformulação, sendo entendida a partir da noção de controle externo sobre a política de saúde, sendo vista como um mecanismo de garantia do cumprimento das conquistas institucionais, com o intuito de conferir transparência às ações governamentais (GUIZARDI, PINHEIRO, MACHADO, 2010). O fato é que, ao propor um novo sistema nacional de saúde – o SUS – o relatório da 8ª Conferência defende a descentralização da gestão dos serviços, tarefa até então centralizada na esfera federal do governo (BRASIL, 2010a). A partir das discussões geradas na 8ª Conferência, o atual sistema de saúde brasileiro foi sendo construído, sendo enfim implementado em 1990.

A Lei 8.080/90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, em seu Art.7º, trata sobre a participação da comunidade como princípio do sistema, conforme o Art. 198º da Constituição Federal de 1988. Assim, com a criação do SUS, a saúde passou a ser tratada como questão de cidadania e, a participação em espaços políticos, como condição de seu exercício. Dessa forma, mais possibilidades de participação na gestão do sistema de saúde foram criadas e espaços de intervenção coletiva foram gerados, sendo os Conselhos de Saúde os espaços de representação institucional (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; GUIZARDI, PINHEIRO, 2006).

Complementando a Lei 8.080/90 no que diz respeito à participação social, foi sancionada, ainda, a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade

na gestão do SUS, contando em cada esfera do governo com as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Esse último, presente nas três esferas do governo, tem caráter permanente e deliberativo e é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (BRASIL, 1990b). Dessa forma, os Conselhos de Saúde têm a função de não apenas permitir a participação da sociedade no setor Saúde, mas incentivar a organização da sociedade, reforçando a cultura participativa, atuando como um espaço privilegiado de ação política com o objetivo de “transformar e reconstruir democraticamente o espaço público” (OLIVEIRA, 2004 p. 61).

Ao longo dos anos 90, com o advento de um modelo democrático de governo, os espaços de participação se multiplicaram e os diversos estratos da sociedade civil passaram a compor essas arenas a fim de discutir política pública. Em um movimento lento e tutelado pela então presidência da República, começou-se a pensar na descentralização das decisões políticas referentes à saúde, por meio da emissão das Normas Operacionais Básicas (NOBs) pelo Ministério da Saúde, que repassavam algumas responsabilidades aos municípios (CARVALHO, 2001).

Nos primórdios de um governo democrático, o processo decisório ainda mantinha herança de um período ditatorial, fechado à participação efetiva da população e dos reformadores progressistas. Apesar de se ter alcançado a institucionalização de representantes locais na tomada de decisões em níveis estadual e federal, o Ministério da Saúde ainda se configurava como ator central deste processo, limitando a interferência e o debate gerado por outros atores. Nesse sentido, durante a década de 90, as pressões exercidas pela comunidade do Movimento Sanitário seguiram, indo ao encontro da consolidação de uma rede de movimentos sociais com grande vontade de participação e influência no processo político, com um discurso marcante de defesa dos direitos sociais (GALLEGOS, 2009).

Assim, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), criado em 1990, passou a ter caráter deliberativo e a ser responsável pelo controle da execução da política de saúde, sendo constituído por representantes dos ministérios da área social, governos estaduais e municipais e das entidades civis, como partidos políticos e movimentos populares. Seu papel principal é o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do SUS, definindo políticas, orçamento e ações. Ainda, os

Conselhos em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos por representantes eleitos pela comunidade, são propostos para garantir a “participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde” (BRASIL, 2006c). Os espaços dos Conselhos de Saúde em seus diferentes níveis são uma conquista importante no processo de democratização e descentralização político-administrativa, no que diz respeito ao fato de socializar o poder com a população (ACIOLI, 2010).

No início dos anos 90, o CNS desempenhou um papel importante na arena política. Porém, devido a estratégias formuladas pelos próprios integrantes governamentais e societários do CNS, esse órgão passou a ocupar um espaço secundário no final da década (CORTES, 2009a). Em 1991, o Ministério da Saúde, seguindo recomendações do CNS, formulou comissões técnicas que seriam instâncias colegiadas de pactuação entre os gestores nos diferentes níveis de governo, conhecidas como a Comissão Intergestores Tripartite no nível federal, e as Comissões Intergestores Bipartites nos estados. Assim, essas comissões passaram a se constituir como os espaços principais de tomada de decisões, deixando o CNS em segundo plano (BRASIL, 1991a).

A Resolução nº 333 de 2003 aprova as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Assim, fica definido que

Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 2003).

A composição dos Conselhos de Saúde, mantendo o que estabelece a Resolução 33/92 do Conselho Nacional de Saúde, deve ser sempre de forma paritária, ou seja, as vagas devem ser distribuídas em 50% de entidades de usuários do SUS, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços (BRASIL, 1992).

A Portaria nº 399 de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, consolida o SUS e aprova diretrizes operacionais. O Pacto pela Saúde implica o exercício de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O último estabelece as

responsabilidades de cada ente federado, radicalizando a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios. Dessa forma, entre outras prioridades, “reitera a importância da participação e do controle social como compromisso de apoio à sua qualificação”. Assim, cabe à União, aos estados e aos municípios apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do seu devido Conselho de Saúde (BRASIL, 2006a).

Os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais têm suas competências definidas por leis, e a eles compete, entre outras atribuições, implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade; discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde; atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao poder Legislativo, estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, fiscalizar e controlar gastos e apoiar e promover a educação para o controle social (BRASIL, 1992; BRASIL 2003).

Atualmente todos os estados e municípios possuem Conselhos de Saúde, com uma estimativa de cerca de 100 mil conselheiros de saúde. Apesar de a implantação dos Conselhos de Saúde ser fruto da mobilização de profissionais e usuários, na maioria dos municípios sua consolidação se deu com o objetivo de cumprir com a política do Ministério da Saúde, ou seja, para que fosse viabilizado o repasse de recursos federais. Devido a essa condição, corre-se o risco de o espaço dos Conselhos de Saúde ser uma mera formalidade burocrática, inviabilizando o exercício da participação política e a expressão de demandas sociais (VAN STRALEN et al, 2006). De qualquer forma, os Conselhos de Saúde são espaços institucionalizados importantes de busca da garantia do direito à saúde. São reconhecidos como resultado da revitalização e redemocratização do país, sendo consequência das exigências do direito à saúde por parte da sociedade civil (LABRA, 2005).

O direito da participação é o direito de tornar o Estado coisa pública, desprivatizar interesses e aproximar a sociedade do Estado (SPOSATI, LOBO, 1992). Segundo Gohn (2004), é a partir do plano micro que se inicia o processo de mudança e transformação na sociedade, onde se reconhecem as forças da sociedade para a luta por uma democracia participativa. A participação, mesmo que institucionalizada, sofrendo certo controle, abre um espaço concreto para a população intervir nas questões políticas de saúde. Ainda, pode-se concluir que o fato de hoje a participação ser um direito constitucional, podendo nortear os processos decisórios na formulação das políticas, visa à possibilidade de a participação se tornar uma política pública capaz de formalizar o compromisso dos governantes em cumprir as decisões tomadas democraticamente.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Nesta seção, apresentam-se a trajetória construída na produção e análise de informações da pesquisa, bem como os sujeitos e cenário do estudo e seus aspectos éticos.

4.1 Tipo de estudo

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem qualitativa, com caráter descritivo e exploratório. Foi utilizada como estratégia metodológica a história de vida temática, que é voltada à experiência vivencial daquele que narra (ALMEIDA, LABRONICI, 2007). A abordagem qualitativa é um método que envolve relações humanas e sociais. Busca um entendimento mais profundo de uma determinada realidade, envolvendo as relações interpessoais, sentimentos e emoções. Assim, essa abordagem leva em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais, considerando seu objeto de estudo de forma integral, ou seja, um ser humano que ocupa um lugar na sociedade. Cabe ressaltar que a amostra dos sujeitos na pesquisa qualitativa não privilegia o critério numérico e, sim, as particularidades dos sujeitos e a totalidade dos fenômenos sociais (MINAYO, 2007).

O estudo exploratório busca levantar informações sobre um determinado objeto, dessa forma delimitando um campo de atuação, mapeando as condições de manifestação desse objeto. Ele elabora uma descrição da realidade e pretende descobrir as relações entre os sujeitos que compõem a pesquisa, tendo como finalidade conhecer melhor um fenômeno, percebê-lo de outras maneiras e descobrir novas soluções. Já a pesquisa descritiva tem por base a observação, o registro e a análise dos fatos que compreendem uma situação, entretanto, sem intervir sobre eles. Procura um maior conhecimento sobre as características dos comportamentos humanos, tanto observando o indivíduo isoladamente, quanto em grupo (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

4.2 Cenário e sujeitos do estudo

O município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, localiza-se na região Leste do estado, com uma população estimada em 1.436.123

habitantes. É a capital brasileira com os melhores índices de educação (96,55% da população alfabetizada) e longevidade (expectativa de vida de 71,59 anos), segundo dados de 2000 da ONU. Estimativas do IBGE indicam que em 2003 a população de idosos em Porto Alegre correspondia a 11,8% do total (IBGE, 2009).

A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão gestor do Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre, suas atribuições são “coordenar os serviços, as ações e políticas de Saúde na cidade”. São aplicados, no município, 18% do orçamento municipal na área da Saúde. Porto Alegre conta com 101 equipes de Estratégia de Saúde da Família que atendem a uma população de 290 mil moradores da cidade (PORTO ALEGRE, 2010).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre foi instituído em 1992, através da Lei Municipal nº 277/92. Sua composição é paritária, sendo composto por 80 conselheiros titulares, de forma que oito são representantes da área governamental, seis representantes dos prestadores de serviços, 24 representantes dos profissionais de saúde e 42 representantes da sociedade civil organizada. Com o objetivo de melhorar a saúde da população, é de sua competência, entre outras, definir as prioridades de saúde; fiscalizar, controlar e avaliar a política de saúde no município e acompanhar as ações dos serviços de saúde (PORTO ALEGRE, 1992).

Os sujeitos deste estudo foram nove idosos que participam do Conselho Municipal de Saúde, seja no nível Distrital, Local, Plenárias ou Comissões e sejam eles representantes da sociedade civil, dos prestadores de serviços, da área governamental ou profissionais de saúde. Os critérios de inclusão da pesquisa foram ter 60 anos ou mais, participar das reuniões do CMS em qualquer nível (plenário, distritais e locais) e aceitar participar do estudo.

A escolha dos sujeitos foi intencional, durante as plenárias do CMS que eu participava, identificava participantes com 60 anos ou mais e os convidava para participar da pesquisa, além de contar com outros membros do Conselho que me indicavam seus conhecidos. As entrevistas foram realizadas até atingir-se o ponto de saturação teórica, ou seja, o momento em que as informações começam a se repetir e nenhuma informação nova é descoberta (MINAYO, 2007). Segundo Meneghel (2007), apesar do pesquisador encontrar pontos de saturação teórica, a vontade é de descobrir sempre mais histórias, quando diz:

É muito difícil encontrar o ponto de saturação de uma pesquisa, aquele que mostra que não há mais informação a acrescentar. Cada história de vida, não importa quantas tenhamos fôlego de ouvir, mantém a atenção e o interesse do pesquisador como se fosse a primeira. (p. 121)

Assim, seguindo os critérios de inclusão do estudo, foram realizadas nove entrevistas, momento em que se considerou o ponto de saturação teórica. Para manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa, optei por identificá-los com o nome de personagens da mitologia grega, lendas sobre deuses e deusas que revelam muito sobre as personalidades e relações humanas, afinal “somos todos deuses e heróis de nossa própria história” (MITOLOGIA, 2011).

4.3 Coleta das informações

A coleta das informações se deu por meio de entrevistas temáticas com sujeitos com 60 anos ou mais participantes do Conselho Municipal de Saúde, seguindo o método da história de vida, focalizado na história de participação política dos sujeitos. A história de vida proporciona dados enraizados nas experiências e vivências próprias. O enfoque é a trajetória parcial de um indivíduo, o relato sobre sua existência através do tempo, tentando reconstruir os acontecimentos e experiências (THOMPSON, 2002). Segundo MARRE (1991):

O que se expressa na linguagem das histórias de vida relacionadas com a vivência histórica de determinados grupos sociais, é algo relativo a fatos históricos, estratégias, juízos de valores. É também algo relativo a relações de poder, dominação, subordinação, cuja desigualdade impregna, penetra ou irradia na convivência dos homens, comunicando ou se opondo entre si (p. 119).

Ainda segundo o autor supracitado, o objetivo do pesquisador ao realizar o método da história de vida é reconstruir a história de indivíduos, inseridos em grupos sociais. Ou seja, o interesse do pesquisador não é obter uma história de vida individual, mas, por outro lado, o objetivo central é reconstruir uma trajetória sociológica de um grupo, que nada mais é que várias histórias de vida entrelaçadas que constituem as posições e itinerários de cada indivíduo no interior do grupo social. As histórias e memórias daqueles que as contam são narrativas de como essas pessoas se apropriam dos acontecimentos da sua trajetória, sendo assim, todas as histórias contadas são consideradas verdadeiras (MENEHEL *et al*, 2008).

Ou seja, não cabe ao entrevistador questionar a veracidade daquilo que ouve mas sim, interpretar as histórias contadas dentro dos inúmeros contextos pelos quais passou.

As entrevistas temáticas abordam a participação do sujeito no tema escolhido, são cortes temáticos realizados em sua trajetória. Esse tipo de entrevista é adequado no caso da pesquisa versar sobre um tema definido na trajetória de vida dos pesquisados, que irá se tornar o centro da entrevista (ALBERTI, 2004). Assim, a história de vida temática visa reconstruir uma trama de relações e experiências sobre um determinado tema e um determinado momento da história dos indivíduos de um grupo social.

Em uma pesquisa qualitativa, sabe-se que o material a ser produzido nas entrevistas relaciona-se muito mais com os indivíduos do que com um número amostral. Assim, não basta um grande número de entrevistados, mas que os pesquisados expressem, de maneira diversa e inter-relacionada, a trajetória daquele grupo estudado. Dessa forma, as entrevistas obedeceram, de certa forma, dois critérios de amostragem: o de diversificação da amostra e o da saturação dos dados (MARRE, 1991).

O critério de diversificação se refere à “identificação de pessoas que são capazes de analisar, de um modo suficientemente amplo, a totalidade, ou quase totalidade, dos temas, fatos, estratégias, juízos e itinerário do grupo social investigado” (BIERNACKI, WALDORF; 1981). O autor sugere que uma forma de se atingir a diversificação dos sujeitos é a estratégia da “bola de neve”, onde os entrevistados sugerem outras pessoas que possam contribuir com a construção da pesquisa. O critério da saturação dos dados diz respeito ao momento em que, após um certo número de entrevistas coletadas, as entrevistas posteriores não acrescentam praticamente nada de expressivo ao que já foi dito. A partir desse momento, as entrevistas tendem a repetir o que as outras têm dito anteriormente e, assim, não é preciso continuar a coleta dos dados.

A primeira entrevista, desenvolvida como teste-piloto, a fim de testar e adequar o roteiro da entrevista (Apêndice A), foi realizada com uma participante de um Conselho Local de Unidade Básica de Saúde, segundo indicação da professora orientadora que participa deste Conselho. Após a entrevista-piloto, o instrumento sofreu algumas alterações na formulação e ordenamento dos questionamentos e foram incluídas questões relacionadas à família, às dificuldades encontradas e ao

sentido da participação na sua vida. Após as devidas alterações, um idoso foi identificado em uma plenária do CMS e foi convidado a participar da pesquisa. Além do meu contato direto com os participantes do CMS, funcionários da Secretaria Municipal de Saúde e outros membros do CMS me forneceram contatos de idosos participantes.

Na realização das entrevistas, o roteiro semiestruturado que guiou a pesquisa constituiu-se de dois momentos: em um primeiro momento, foram realizadas perguntas fechadas a fim de caracterizar os idosos quanto a sexo, idade, situação de emprego, constituição familiar, escolaridade e tempo que participa das reuniões do CMS. Após o preenchimento dos dados de caracterização, a narrativa do entrevistado foi orientada para que fosse direcionada para sua história de vida temática, ou seja, sua trajetória de participação política. Nesse momento, fez-se uso de um roteiro de perguntas abertas que foram sendo respondidas respeitando a narrativa dos entrevistados, sendo que algumas nem mesmo foram respondidas.

Ao término da entrevista, os sujeitos eram convidados a indicar outro idoso participante do CMS que conhecessem e que poderia contribuir com a pesquisa. Nesse momento, foi possível solicitar que essa indicação fosse, preferencialmente, de sujeitos de outros distritos de saúde e que representem outra entidade no CMS, a fim de diversificar os sujeitos. As entrevistas foram gravadas em áudio *mp3* por meio de gravador digital e, posteriormente transcritas.

4.4 Análise das informações

Para a análise das informações, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática de Minayo (1994). Esse método de análise permite o uso de inferências a partir da descrição dos conteúdos que estão explícitos nas falas, para que se possa atingir dimensões além da mensagem. A ideia central da análise de conteúdo, assim, é ir além do que está sendo comunicado, que o pesquisador possa descobrir conteúdos também não manifestos (MINAYO, 1994). A análise de conteúdo pode ser realizada por meio de diferentes técnicas, uma delas a Análise Temática, que consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma fala e que signifiquem alguma coisa para o objetivo que se pretende alcançar, e cuja presença denota os modelos de comportamento do discurso (MINAYO, 2007).

Assim, após a transcrição do material coletado, foi feita uma leitura compreensiva dos textos, para se ter uma visão global dos depoimentos. Identificando as ideias centrais presentes, foi possível identificar os sentidos atribuídos a essas ideias e, enfim, realizar a elaboração de sínteses interpretativas.

As entrevistas foram processadas através do *software Qualitative Solutions Research NVivo* (QSR NVivo) 8.0, que consiste em um programa voltado para auxiliar na análise quantitativa e qualitativa dos dados, e pode ser utilizado em pesquisas de diversas áreas e permite trabalhar com dados originários de diferentes instrumentos de coleta de dados (GUIZZO, KRZIMINSKI, OLIVEIRA, 2003). O NVivo tem como função principal a codificação de texto e armazenamento em categorias específicas, gerenciados por três instâncias: *documents* (local onde ficam armazenadas as entrevistas); *nodes* (espaço onde é guardada a codificação – categorização) e *attributes* (local onde ficam guardadas as características dos sujeitos, por exemplo, sexo, idade, profissão). O programa permite ainda identificar a frequência das citações presentes em cada categoria. Esse *software* foi utilizado para a organização e identificação das falas dos idosos que foram agrupadas em categorias.

A análise temática segue três etapas, quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. A pré-análise consiste na escolha dos documentos que são analisados juntamente da revisão dos objetivos da pesquisa, para que, assim, se possam reformular as hipóteses iniciais frente ao material coletado. Em um primeiro momento é feita uma *leitura flutuante*, para que se tenha um contato exaustivo com o material bruto, para que após se faça a constituição do *corpus* do material e, finalmente, possam ser formuladas as hipóteses e objetivos. Na fase pré-analítica se determinam a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da palavra-chave ou frase), recortes, forma de categorização, modalidade de codificação e conceitos teóricos gerais que orientarão a análise.

Após ser feita a pré-análise, a exploração do material permite a codificação do mesmo, ou seja, transformar os dados visando o núcleo de compreensão do texto. Operacionalmente, recorta-se o texto em unidades de registro, sejam palavras ou frases (conforme a pré-análise) e se estabelece uma maneira de contagem para que se possam agregar os dados, escolhendo as categorias que comandarão os temas.

Finalizando a análise temática, os dados são passivos de inferências por parte do pesquisador para que as interpretações possam ser feitas.

4.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido primeiramente à apreciação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e, após aprovação, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, onde foi aprovado em 22 de fevereiro de 2011, sob número de protocolo 001.004604.11.3 (ANEXO). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi elaborado nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Antes da realização das entrevistas, todos os sujeitos leram e assinaram o TCLE. O documento foi apresentado em duas vias, assinadas pelos participantes da pesquisa, sendo que uma via foi entregue aos entrevistados e outra ficou sob a guarda da pesquisadora e será guardada até cinco anos após a conclusão da pesquisa. Os dados coletados na pesquisa também serão mantidos sob guarda da pesquisadora até cinco anos após a conclusão da pesquisa.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir, apresento os resultados deste estudo, sendo eles a caracterização dos sujeitos da pesquisa e as quatro categorias de análise, intituladas a partir de falas dos entrevistados: “Sempre a gente tá na luta”, “A gente não permite que isso morra dentro da gente”; “Nós ainda não descobrimos uma fórmula de nos tornar eternamente jovens”; “O controle social faz bem à saúde”. Essas categorias dissertam sobre o histórico de participação política; as motivações para participar; aposentadoria e envelhecimento e influências da participação política.

5.1 Os idosos: quem são?

A primeira aproximação com o campo foi em uma plenária do CMS em março de 2011. Na espera pelo início da reunião, foi fácil notar que boa parte dos participantes aparentava ter 60 anos ou mais, entre homens e mulheres. Conforme já havia combinado com a presidente do Conselho, a apresentação do meu projeto de dissertação entraria apenas na pauta da reunião seguinte, devido à pauta extensa desse dia. Assim, aproveitei o tempo para conhecer alguns participantes do CMS e identificar aqueles com 60 anos ou mais.

Como mencionado anteriormente, foram realizadas entrevistas com nove idosos que participam do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Para uma melhor compreensão dos sujeitos, passo a descrever sua caracterização, baseada em características pessoais identificadas à semelhança de deuses da mitologia grega (MITOLOGIA, 2011). Essa escolha se deu posteriormente às entrevistas por uma identificação pessoal com a leitura acerca da mitologia grega, aliando-a com a identificação de características observadas nos entrevistados.

Têmis

Têmis era a deusa grega guardiã dos juramentos dos homens e da lei, sendo que era costumeiro invocá-la nos julgamentos perante os magistrados, por isso, foi por vezes tida como deusa da justiça. Têmis empunha a balança, com que equilibra a razão com o julgamento. Seu nome significa "aquela que é posta, colocada" (MITOLOGIA, 2011).

A primeira entrevista, desenvolvida a fim de testar o roteiro da entrevista, foi realizada com uma participante de um Conselho Local de Unidade Básica de Saúde, segundo indicação da professora orientadora. Conforme combinado previamente por contato telefônico, a entrevista foi realizada na residência da entrevistada, um condomínio em bairro de classe média de POA. Conversamos bastante antes de iniciar a entrevista gravada e, nesse momento, ela me contou algumas histórias que, ao ligar o gravador, não quis repetir.

Têmis, 79 anos, é uma senhora que reside sozinha e é bastante ativa, realiza várias atividades diárias, desde o cuidado com a casa até reuniões e cursos. Durante seus relatos, sua indignação frente ao que considera incorreto e seu senso de justiça chamaram-me a atenção, por isso a identificação com a deusa da mitologia grega. Participa de cursos de informática e cultura e vai até os locais dos cursos de ônibus, meio que utiliza também para ir às reuniões do Conselho Local da UBS.

Admeto

Admeto e Alceste experimentaram por alguns anos as alegrias de um matrimônio feliz. Entretanto, o jovem Admeto adoeceu repentinamente, tomado por uma enfermidade que parecia não ter cura. Pressentindo que ia morrer, invocou seu protetor Apolo. O deus o tranquilizou dizendo que a promessa seria cumprida. Tudo estava acertado com a Morte. No entanto a Morte exigia uma compensação: ela pouparia Admeto se alguém se oferecesse para morrer no lugar dele. Ao saber disso, sua esposa, a doce e jovem Alceste, apresentou-se como voluntária alegando que não poderia continuar vivendo depois que o marido morresse. Admeto chorou de gratidão e suas lágrimas se misturaram com as dela, numa tocante cerimônia de adeus que a Morte interrompeu para levar a rainha (MITOLOGIA, 2011).

A segunda entrevista foi realizada com Admeto, 73 anos, conselheiro municipal de saúde, segundo indicação de uma trabalhadora da SMS. A entrevista também foi realizada na residência do entrevistado, que reside em uma casa bastante grande e antiga. Ao conversarmos sobre a pesquisa, ele me disse que sua participação política atua como um preenchimento do vazio que ficou em sua vida com o envelhecimento, nesse momento, “calculou” o tempo de vida que ainda tem pela frente, dizendo que precisava arrumar uma ocupação já que “restam ainda uns dez anos de vida”. Ainda disse que se sente muito feliz no Conselho Local, e que algumas manhãs vai até lá para levar chimarrão e conversar com quem está lá.

Com Admeto, percebi a participação como forma de fugir da solidão, pois como relatado, ele não tem muitas outras atividades fora de casa. Sua viuvez foi tema recorrente da entrevista e sua ligação com a esposa falecida mostrou-se muito forte, assim como a do deus grego. Ao fim da entrevista, ele me levou para conhecer a casa e me convidou para voltar sempre que quiser. Indicou uma conhecida sua do Conselho Local, que posteriormente foi convidada a participar da pesquisa.

Atena

Atena, a deusa da justiça, é a imagem do julgamento reflexivo e da racionalização, o que diferencia o homem do animal. Eles consideravam que por ela não ter nascido de uma mãe, ela estaria livre para julgar com imparcialidade todos os aspectos de uma situação. Seu desejo de lutar por princípios ao invés das paixões vem da capacidade de fazer escolhas refletidas mantendo sob controle os instintos. Ela congrega a força, a justiça, a temperança e a reflexão (MITOLOGIA, 2011).

O terceiro contato deu-se ao término de uma reunião do CMS, com Atena, 72 anos, e marcamos a entrevista posteriormente por telefone, em sua residência. Cheguei ao local, uma casa muito aconchegante, antes do horário combinado e ela estava passando creme, quando abriu a porta disse “eu estava me embelezando pra te esperar”. A entrevista correu muito bem e, como aconteceu com os entrevistados anteriores, na saída ela me mostrou sua casa, fotos dos familiares e me presenteou com tomates e casquinhas de Páscoa.

Com Atena, percebi uma outra face da participação, ao contrário de Admeto, Atena participa por um desejo genuíno de participar e lutar por seus direitos. Ela demonstrou ser uma pessoa com muitas relações interpessoais e institucionais e sua ânsia por participar politicamente é notável, é uma senhora de temperamento forte, como a deusa grega. Saí dessa entrevista, como nas demais, com uma satisfação muito grande por estar conhecendo essas pessoas que têm tanto a me ensinar. São pessoas de um coração maravilhoso e uma vontade de viver que quebra totalmente com aquela ideia de idoso como um ser frágil. Foi possível perceber, na prática, o conceito de *envelhecimento ativo*.

Bóreas

O mito de **Bóreas** está relacionado aos temperamentos fortes. O temperamento forte pode ser um ponto positivo, como os dos

grandes aventureiros, artistas, empreendedores, revolucionários que mudaram o mundo com suas excepcionais descobertas (MITOLOGIA, 2011).

A quarta entrevista foi realizada com Bóreas, 68 anos, conselheiro municipal de saúde, novamente por indicação da secretaria do CMS. Marcamos a entrevista por telefone e, segundo o acertado, a entrevista foi feita na casa do entrevistado. Fui recebida por Bóreas e sua esposa, uma senhora muito amável que me ofereceu chá e a todo tempo auxiliava-o nas respostas da entrevista. Bóreas, assim como Atena, passou a impressão de ser muito ativo desde jovem, tanto em atividades de participação como em seu trabalho formal, é dono de um temperamento forte, como o mito. Ele me mostrou algumas fotos da sua história de participação e me deu seus “santinhos” de quando concorreu a conselheiro de saúde.

Bóreas, assim como Atena, mora com sua esposa e tem contato frequente com seus filhos. Esse fato deixou a impressão de que a participação para ele não atua como uma forma de fugir da solidão, por contar com esse apoio emocional da família. Ao fim desta entrevista, assim como nas demais, o casal me levou a conhecer a casa, me presentearam com frutas e verduras e me convidaram para voltar para tomar um chimarrão. Bóreas indicou um conselheiro conhecido, porém, ao entrar em contato, este não quis participar da entrevista.

Quíron

Quíron representa a parte do ser humano que se eleva às questões do espírito para compreender o mestre espiritual que existe em cada ser humano. Era considerado como um Pontífice que significa "o construtor de pontes", que são os padres e os pastores que servem de guia espiritual, estabelecendo uma relação entre Deus e o homem. Os ferimentos de Quíron o transformaram no curandeiro ferido, aquele que, por meio de sua própria dor, é capaz de compreender a dor dos outros. Quíron representa a parte ferida de cada um simbolizada por alguma deficiência, limitação ou problema, que o torna benevolente em relação aos que o cercam, pois entende-lhes o sofrimento com compaixão (MITOLOGIA, 2011).

No mesmo dia da entrevista com Bóreas, no período da tarde, fui até a SMS para minha quinta entrevista, com Quíron, 72 anos, que havia conhecido anteriormente em uma reunião do CMS. Quíron me recepcionou em uma sala pertencente ao CMS e ali conversamos um pouco antes de iniciar a entrevista. A

entrevista foi bastante tumultuada, como não havia um local apropriado, ficamos trocando de sala e muitas pessoas circulavam e interagem conosco.

Quíron é médico e católico praticante e seu desejo por ajudar os que mais precisam é uma característica muito marcante, me remetendo instantaneamente ao mito grego. A benevolência e a solidariedade de Quíron muito me impressionaram e percebi mais uma faceta do exercício da participação: a de buscar o bem-estar dos outros e ajudar aqueles que não têm condições de lutar pelos seus direitos. Ao término da entrevista, ele me indicou outro conselheiro que, posteriormente, foi entrevistado.

Prometeu

O mito de **Prometeu** caracteriza o signo de Aquário, e todo sofrimento e inspiração de Prometeu fazem parte do mito aquariano. Assim como Prometeu, os aquarianos são idealistas, justos e lutam para proteger os fracos e oprimidos e para defender direitos iguais entre os homens, mesmo que tenha que enfrentar o poder. São rebeldes, não se submetem às ordens superiores, são nobres, brilhantes, amantes do conhecimento e da ciência. Apreciam as invenções e novidades tecnológicas, possuem uma mente prodigiosa e avançada, estando à frente do seu tempo (MITOLOGIA, 2011).

Conforme indicação de Quíron, agendei a sétima entrevista, com Prometeu, 63 anos, também na SMS. Prometeu, em princípio, me pareceu um pouco ríspido em suas respostas, achei de início que não seria uma boa entrevista. Porém, com o decorrer da nossa conversa, fomos nos afinando e ele foi muito prestativo ao contar sua história.

Ao fim da entrevista, ficamos por um tempo conversando e ele ainda comentou “ah, tu não anotou aí, mas não poder mais dirigir também é uma coisa que atrapalha quando a gente fica velho”. Prometeu me pareceu ser um idoso com espírito de jovem, amante do novo e com espírito rebelde, como o deus grego, além de ser muito comprometido e responsável dentro do CMS, todos que o conhecem tem muito respeito pelo seu trabalho.

Íris

Íris representa a construção de uma personalidade estável com o coração equilibrado; é a temperança e verdadeira misericórdia. Está ligada ao sentimento que é uma escolha refletida de afeto e diferente da emoção que é apenas uma reação visceral às situações. Por isso,

Íris derrama água de um vaso a outro porque o sentimento deve fluir e se renovar. Sua finalidade será sempre de cooperação, harmonia, conduzindo com delicadeza o julgamento dos sentimentos que é diferente do sentimentalismo (MITOLOGIA, 2011).

Após a indicação de Admeto, entrei em contato com Íris, 74 anos, e marcamos a entrevista no Centro de Saúde onde ela atua como conselheira. À primeira vista, me encantei com a sua meiguice e simpatia, por onde andava nos corredores era cumprimentada e falava sobre algo relacionado ao seu trabalho. Nossa conversa foi maravilhosa, Íris se entregou ao assunto, tendo, inclusive, que interromper por um momento pois se emocionou ao lembrar de um fato da sua história. Íris é muito querida por todos e eu também me encantei com a sua doçura.

Ao fim da entrevista ela me convidou para participar de um brechó no posto que ela estava organizando, afinal, ela estaria sozinha neste brechó. Íris é uma senhora que vive sozinha e oferta muito carinho a todos os seus conhecidos, e a participação se mostra como uma forma de interação e de solidariedade, assim como a deusa grega, está sempre em busca da renovação dos sentimentos pelos outros.

Zéfiro

O mito de **Zéfiro** e Clóris reflete o equilíbrio da natureza. O vento suave não destrói as flores e leva o seu pólen, fazendo com que fecunde e renasça em outra vegetação. Zéfiro é o vento do Ocidente, aquele que ameniza o clima grego, vivificando a natureza (MITOLOGIA, 2011).

A entrevista com Zéfiro, 60 anos, foi feita da mesma forma de algumas anteriores, na SMS, sendo que ele é colega de Quíron e Prometeu nas Comissões do Conselho. Zéfiro é um senhor de temperamento suave e tranquilo, preocupado em ajudar os demais, em auxiliar na qualidade de vida de seus companheiros. Apesar de possuir uma condição crônica de doença e de ter apontado algumas insatisfações com o funcionamento do CMS, Zéfiro mantém a temperança e a vontade de seguir em luta. A preocupação com o meio ambiente, relacionando sempre à saúde pública me remeteu ao mito grego, que está sempre em contato com a natureza.

Ártemis

Ártemis é o arquétipo da mulher que tende a ajudar e defender outras mulheres e usa um escudo emocional nos envolvimento afetivos. Em geral, é uma grande amiga e representa um tipo de feminismo que deseja equiparar-se aos homens, de igual para igual. Enfrenta os desafios, é objetiva e busca superar a si mesma. De natureza indócil diante das injustiças, o seu aprendizado consiste em aprender que o fato de ser justiceira não impede que ela desenvolva um temperamento doce e desarmado (MITOLOGIA, 2011).

A última entrevista da coleta se deu após vários contatos telefônicos com Ártemis, 68 anos, e foi marcada na associação do bairro onde ela reside. Em um dos dias mais frios do ano, Ártemis chegou com roupas simples, uma touca de tricô e duas trancinhas, parecia uma menina. Acredito que de todos os entrevistados, ela seja a que vive em situações mais precárias, tendo relatado que vive em um barraco e que com o vento dos últimos dias, estava faltando algumas tábuas, o vento e a chuva entravam em sua casa. Ártemis e sua filha, portadora de deficiência mental, vivem apenas com uma pensão e, mesmo assim, ela divide o que ganha com quem esteja precisando, ainda dizendo que “não tenho do que me queixar na vida!”.

Após a entrevista ela me acompanhou até a parada de ônibus e lá ficamos conversando sobre alguns problemas que ela reconhecia no seu bairro. Ártemis, como o mito que a nomeia, é uma mulher batalhadora e objetiva, não se queixa com facilidade dos problemas cotidianos.

A fim de melhor conhecer e descrever os sujeitos, as características questionadas nas entrevistas foram: sexo, idade, situação de emprego, com quem mora, escolaridade, tempo que participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e que segmento representa.

Os idosos participantes do estudo tinham entre 60 e 79 anos no momento das entrevistas, perfazendo uma média de 69,9 anos. Dos nove entrevistados, cinco são do sexo masculino e quatro do sexo feminino. A média de idade feminina é de 73,2 anos e masculina é de 67,2 anos. Assim, observa-se que, apesar de terem sido identificados mais homens participantes do CMS, as mulheres entrevistadas têm uma média de idade mais alta.

Como não se trata de uma pesquisa de cunho quantitativo, não é possível afirmar por prevalência que participam mais homens que mulheres no cenário deste estudo. Porém, esse dado vai ao encontro de outras pesquisas com conselheiros de saúde. De acordo com estudos realizados a fim de caracterizar os conselheiros de

saúde municipais e distritais, como já citado anteriormente neste trabalho (GERSCHMAN, 2004; LABRA, FIGUEIREDO, 2002), as associações em geral indicam pessoas do sexo masculino, de idade mais avançada, melhor capacitadas e que estejam na cúpula dirigente da organização para representá-las como conselheiros de saúde. Assim, os conselheiros geralmente são possuidores de espírito colaborador e de liderança, em sua maioria homens mais velhos e com formação superior, assim como os sujeitos deste estudo.

Apesar do fato de, geralmente, mais homens ocuparem esses espaços, para mim foi uma surpresa encontrar tantas mulheres no cenário deste estudo e, inclusive, as quatro participantes são mulheres muito engajadas com o CMS. De fato, as mulheres estão cada vez mais ocupando espaços considerados masculinos, como é o caso dos cenários políticos. Pode-se relacionar a crescente participação política de mulheres com o advento do ingresso das mulheres no mercado de trabalho e conseqüente interesse por temas que fogem ao estrito papel de esposa e mãe (ANDERSEN, 1975).

No caso das mulheres idosas, pode-se apontar a feminização da velhice, que se traduz pela maior longevidade das mulheres e, conseqüentemente, maior visibilidade das mulheres idosas em instituições e espaços sociais (DOLL, 2002; CAMARANO, 2004; NERI, 2007). Ainda está relacionado ao aumento da expectativa de vida das mulheres o fato de que o número de mulheres idosas mais velhas supera o de homens, ou seja, as mulheres estão vivendo até idades mais avançadas, o que embasa teoricamente o dado encontrado neste estudo, onde a média de idade das mulheres é mais alta que a dos homens.

Todos os idosos entrevistados são aposentados ou pensionistas do INSS, sendo que dois deles (um homem e uma mulher) trabalharam no setor Saúde anteriormente. Assim, todos os entrevistados representam, atualmente, o segmento dos usuários no CMS, tendo um deles sido representante dos trabalhadores antes da aposentadoria. Este dado condiz com a situação de aposentadoria da maioria dos idosos no Brasil (NERI, 2007), visto que a idade para aposentadoria é de 65 anos para os homens e 60 anos para as mulheres (BRASIL, 1991b).

Em relação à escolaridade, um idoso possui nível fundamental de escolaridade e uma idosa tem nível fundamental incompleto. Três idosos têm nível médio completo e quatro têm nível superior de escolaridade. Esse dado está em conformidade com estudos que apontam que a maioria dos idosos que participam

em alguma instituição social tem nível de escolaridade superior a nove anos de estudo. (SOUZA, 2007; GERSCHMAN, 2004). De acordo com Goerres (2007), cidadãos com maior grau de escolaridade tendem a ter um melhor entendimento de política e, como consequência, a participar mais da arena política.

Sobre a moradia, duas idosas moram sozinhas, três idosos moram com seus filhos, três com cônjuge e filhos e um idoso mora com família extensa. Importante ressaltar que apenas três idosos entrevistados são casados e dos seis que não possuem cônjuge, quatro são viúvos, destes apenas um do sexo masculino. Indo ao encontro de outros estudos, há mais mulheres viúvas do que homens, principalmente aquelas com 70 anos ou mais, devido, principalmente, à maior expectativa de vida do sexo feminino (NERI, 2007; SOUZA, 2007; LEBRÃO, DUARTE, 2003). Nesse ponto, cabe ressaltar a importância do apoio afetivo da família, tanto nuclear como extensa, no sentido de auxiliar os idosos no enfrentamento das dificuldades advindas do processo de envelhecimento (NERI, 2007; CAMARANO, 2004).

Em relação ao tempo de participação no CMS, cinco idosos têm uma trajetória de até cinco anos, dois com uma trajetória de dez a 20 anos, um participa a mais de 20 anos e um participa há aproximadamente 30 anos. É interessante observar que, apesar de contarem com diferentes trajetórias de participação, como será descrito posteriormente, a maioria dos idosos entrevistados participa do CMS a pouco tempo. Ainda, uma relação que chamou a atenção foi que os dois sujeitos que moram só são do sexo feminino, viúvas, com mais de 70 anos e estão participando do CMS há menos de cinco anos. Pode-se atribuir essa participação recente, dentre outros fatores, à fuga da solidão, que se dá a partir da viuvez e da aposentadoria, fenômenos muito comumente relacionados à alta expectativa de vida das mulheres (NERI, 2007, LEBRÃO, DUARTE, 2003).

Ainda, os dois sujeitos que moram somente com seus filhos, sem cônjuge ou demais familiares, também têm um histórico de participação recente, podendo estar relacionado a uma busca de novos relacionamentos a partir da participação. Por fim, dos quatro sujeitos que moram com a família, apenas um tem história de participação no CMS há menos de cinco anos, o que, confirmando os dados anteriores, pode estar relacionado ao apoio familiar, o que não acarretou buscar a participação apenas como uma forma de evitar a solidão decorrente do envelhecimento.

5.2 “Sempre a gente tá na luta”

É, não participei nunca de associação nenhuma, dessas coisas... Mas os entraves que eu enfrentei né, fizeram com que eu, como pessoa, como... é, como é que eu posso te explicar... como uma cidadã, eu exigi os meus direitos. (Têmis)

Esta categoria visa analisar o histórico de participação política dos idosos, os espaços de participação ocupados e os caminhos trilhados até ingressar no CMS. Com exceção de dois entrevistados, que afirmaram não ter participado de nenhum movimento anteriormente ao ingresso no CMS, os demais apontaram diversas atividades de participação durante a vida.

Nos relatos dos idosos, observa-se que há uma trajetória de participação, algumas mais longas, outras mais recentes. Mesmo se tratando de trajetórias distintas e, assim, heterogêneas, elas convergem no ponto em que a participação não se trata de atividades isoladas, mas de continuidade. Os relatos dos idosos demonstram que este momento de identificação com a participação deu-se, na maioria dos casos, em outros espaços, que não o dos Conselhos de Saúde:

Naquelas situações como representante da comunidade né e em algumas ações como coordenação de grupo, de assistência social. (Zéfiro)

Tinha na comunidade sim né, sempre participei, eu nunca... deve fazer mais de 30 anos que eu participo assim da comunidade. (Ártemis)

A gente começou mesmo foi no colégio, foi a essa dos filhos (...) e ali se interessou e tomou gosto e foi importante. (Bóreas)

As falas acima evidenciam uma forte identificação com a comunidade em que estão inseridos, fato que influenciou positivamente na continuidade do exercício da participação. No momento em que esses sujeitos se identificaram com seus pares na comunidade, o desejo de lutar pelos seus direitos os impulsionou a ocupar diferentes espaços de participação.

Considerando o voto como uma das formas de exercer a participação política, em um estudo realizado em 2003 nos Estados Unidos (GERBER, GREEN, SHACHAR, 2003), concluiu-se que o hábito de ter votado em eleições anteriores

influencia a continuidade desse exercício atualmente. Os resultados do estudo afirmam que, mais que a influência da escolaridade ou idade, o próprio comportamento político passado é o que mais influenciaria os norte-americanos a votarem novamente, lembrando que, naquele país, o voto é facultativo. Goerres (2007) ainda afirma que manter o hábito de votar depende de qual período da vida o cidadão passou a se interessar por política. Segundo o autor, estamos muito mais abertos a influências políticas entre 15 e 30 anos do que entre os 50 e 65.

Os dados encontrados pelos autores supracitados, apesar de não se adequarem à realidade brasileira, já que em nosso país o voto é obrigatório, podem ser considerados também no que se refere à participação política. O histórico de participação dos idosos deste estudo demonstra que ter participado em outros espaços da comunidade anteriormente influenciou sua decisão em participar também do Conselho de Saúde e outros espaços políticos.

Outros espaços na comunidade compuseram a trajetória de algumas idosas, como relatado:

Onde eu morava eu participava muito era do conselho de pais e mestres. (Têmis)

Antigamente fazia parte de um clube de mães que nós *era* bem forte. (Atena)

Sempre auxiliei e pertenço ao grupo conviver daqui. (Íris)

Os relatos de Têmis, Atena e Íris revelam uma trajetória que se deu, principalmente, dentro de grupos de convivência. De acordo com estudos realizados sobre a participação de idosos em diferentes espaços (FISCHER, MUELLER, COOPER, 1991; WILSON, 2000, GERSCHMAN, 2004; WELCH, 1977), mulheres tendem a participar mais de atividades que envolvam o cuidado, como assistência social, organizações de saúde e trabalhos voluntários em geral, enquanto os homens estão mais propensos a ocupar cargos de liderança, administrativos e políticos. A construção de gênero tem forte influência nessa diferenciação, onde a mulher aprende desde cedo que política é ‘coisa de homem’, ocupando papéis “politicamente passivos”, mais relacionados ao cuidado, enquanto o homem é incentivado a ocupar as arenas políticas (WELCH, 1977; ANDERSEN, 1975).

Quíron, um idoso que tem suas trajetórias política e de trabalho relacionadas à área da Saúde, por ter formação na área, traduz nesta, a evolução do sistema de saúde:

Sendo transferido em determinado momento pra trabalhar no ex Inamps né? Em chegando lá, eu comecei a ter contato com movimento popular muito bem organizado daquela região, que era assim... uma tradição de luta popular muito interessante... E aí eu costumo dizer assim, lá realmente que eu recebi a minha formatura, quer dizer, lá eu comecei a entender o que é... O que é fazer política de saúde tá? (Quíron)

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Inamps, foi uma autarquia criada durante o Regime Militar, na década de 70, ligada ao Ministério da Previdência. Em linhas gerais, o Inamps beneficiava apenas trabalhadores da economia formal e seus dependentes, não havendo, assim, caráter universal em sua atuação. Essa forma de atendimento, dentre outros motivos importantes, serviu de base para as propostas do Movimento da Reforma Sanitária que, na década de 80, conquistou a implementação do SUS como o conhecemos hoje (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

Ter estado em contato, de um lado, com um sistema de saúde falho e, por outro, com as reivindicações contra esse sistema, despertou em Quíron o desejo de fazer política na saúde. Assim como os outros sujeitos que se identificaram com as demandas da sua comunidade, Quíron se reconheceu como ator político na luta por um sistema de saúde universal, equânime e integral, em parte por sua formação na área da Saúde, mas, principalmente, por se identificar com o movimento popular, quando afirma que sua formação se concretizou no contato com a comunidade.

Essa identificação tem também, como pano de fundo, um fator associado à religiosidade:

A gente sempre se fez presente aonde... onde eu sempre gostei, por questão de princípio, e aí vai da minha formação [*religiosa*], de apoiar movimentos populares. (Quíron)

Faz anos que a gente participa da igreja, sempre. (...) Nós participamos muito da igreja aqui (...) a gente participa aqui da pastoral do idoso, a gente participa da pastoral dos noivos né. (Bóreas)

Em muitos momentos das entrevistas, a religião apareceu nos relatos de alguns idosos, demonstrando o quanto esse fator se mostra importante nas suas vidas, em especial, na sua trajetória de participação. As igrejas têm, em geral, caráter incentivador do exercício da caridade, principalmente nas áreas da Assistência Social e Educação. Através do ensinamento de valores religiosos, estimulam o sentimento de pertencimento e reconhecimento comunitário e,

conseqüentemente, de responsabilização pelos outros membros da sua comunidade. Assim, os indivíduos que têm histórico de participação em espaços religiosos, tendem a, em algum momento, participar também de outros espaços (FISCHER, MUELLER, COOPER, 1991).

De acordo com um estudo realizado Labra e Figueiredo (2002), os conselheiros de saúde investigados se mostraram bastante atuantes, não apenas no Conselho de Saúde, mas participando, principalmente de partidos políticos, cultos religiosos e organizações sociais em geral. Da população do estudo, 73% participava em mais de uma organização e desenvolvia diversas atividades. Da mesma forma neste estudo, é surpreendente o número de associações e atividades das quais os idosos se ocupam, como alguns exemplos podem ilustrar:

Aqui da associação, que eu sou a presidente da associação (...) eu participo nas terças de tarde de um grupo de idosos (...) a gente tá também em outro movimento que é o MTD [Movimento dos Trabalhadores Desempregados] (...) também sou conselheira de assistente social (...) fora as reuniões que eu participo do orçamento [participativo]. (...) outra coisa quando é tempo de política eu trabalho assim direto. (...) outra coisa também é a reunião de rede comunitária. (Ártemis)

Eu participava do Orçamento Participativo, participei da assistência social muito tempo (...) o meu sindicato de classe né. (Zéfiro)

(...) e daí tem mais o meu sindicato (...) orçamento participativo (...) em associação de moradores também né. (Atena)

A partir desses trechos, pode-se perceber como esses idosos são ativos e realizam inúmeras atividades concomitantes. Todos os idosos participantes deste estudo apontaram diversos outros espaços de participação, mas escolhi intencionalmente esses três relatos que apontam dois espaços essencialmente políticos: orçamento participativo (OP) e sindicatos de classe.

O OP é um instrumento que permite ao cidadão debater e definir os rumos financeiros do seu município. Por meio dele, as comunidades decidem as prioridades de investimentos em serviços a serem realizados a cada ano a partir dos recursos disponíveis pela prefeitura. Ou seja, o OP se caracteriza como uma forma de estimular o exercício da cidadania e o compromisso dos cidadãos com a gestão do seu município. Em Porto Alegre, o OP foi implementado em 1989, ou seja, anos antes do CMS (PORTO ALEGRE, 2011), demonstrando que esses sujeitos preocupam-se com a corresponsabilização entre Estado e sociedade para além dos

muros dos Conselhos e da área da Saúde, corroborando a tese de que a participação está intrínseca na personalidade desses indivíduos.

Já os sindicatos de classe surgem no contexto do sistema capitalista como uma forma de organização dos trabalhadores na luta pelos seus direitos trabalhistas contra a exploração da mão de obra. Os sindicatos têm papel importante e indispensável para os assalariados e são responsáveis por muitas de suas conquistas sociais (BORGES, 2006). A exemplo do OP, a participação em sindicatos não é exercício obrigatório dos trabalhadores, assim sendo, a participação nesse espaço já demonstra a predisposição desses idosos às lutas pelos direitos de seus pares.

Goerres (2007) afirma que a repetição de um mesmo comportamento leva a uma probabilidade maior de repetir esses atos subsequentemente, principalmente se aprendermos que esse comportamento nos traz satisfação. Ter participado de diferentes atividades em diferentes espaços mostra-se importante no que diz respeito a ingressar no campo da participação política e “tomar gosto” por essa prática, culminando na atual participação no CMS.

E, assim, ouvindo um pouco de suas histórias, fiquei com o questionamento: “Mas, enfim, como eles chegaram até o CMS?” Percebi, então, que a trajetória de participação em diferentes espaços fez com que esses idosos se tornassem reconhecidos como lideranças em suas comunidades. Dessa forma, na maior parte das histórias relatadas, o ingresso no CMS se deu a partir de convite de profissionais da saúde ou outras pessoas que acreditavam no potencial de participação desses idosos, como pode-se verificar nas falas:

É... porque eu não sabia que existia o Conselho de Saúde (...) o doutor disse que eu estava reclamando, não me lembro do que, e aí ele disse pra mim “olha tu podes ir na reunião do conselho que isso aí vai ajudar muito” e foi aí que eu comecei. (Têmis)

A enfermeira lá me convidou um dia pra participar de uma reunião, eu fui pra reunião e acabei ficando né? (Prometeu)

(...) então eu, na verdade, é porque eu já sou conhecida daqui do bairro, da comunidade e tudo. (Íris)

Começou assim, a gente conversando com as pessoas e as pessoas me convidaram pra fazer parte e eu aceitei e desde disso... eu fiquei fazendo parte e nunca mais saí. (Ártemis)

Nos relatos desses idosos, percebe-se novamente a identificação com a comunidade. Íris, ao afirmar que já é conhecida no seu bairro, e Ártemis, apontando que o convite foi feito a partir de conversas informais, demonstram um reconhecimento pelo seu trabalho de participação em prol da comunidade. Já nas falas de Têmis e Prometeu, nota-se a particularidade da inserção prévia nos serviços de saúde como uma forma de iniciar a participação. O fato relatado por Têmis, de se deparar com problemas no serviço de saúde mas desconhecer os meios legais para reclamar seus direitos, não é exclusividade da idosa. De fato, grande parte da população desconhece as funções e objetivos dos Conselhos de Saúde, acarretando uma baixa adesão nos processos decisórios (MARTINS, 2008).

Diferentemente dos entrevistados que começaram a partir de trabalhos realizados em outros cenários, outra maneira expressa de ingresso no CMS foi por meio do trabalho formal na área da Saúde:

Antes da existência do Conselho formalizado (...) eu já militava ali, já trabalhava lá (...) Daí vim pra cá então, praticamente desde... De 85 por aí, militando na saúde, não como Conselho, com outros nomes que tinha... Depois quando se tornou Conselho eu continuei. (Quíron)

Como já dissertado anteriormente, o CMS de Porto Alegre foi instituído em 1992, a partir da legislação nacional acerca dessa instância, datada no ano de 1990. Porém, sabe-se que os Conselhos de Saúde são instâncias institucionalizadas de participação, ou seja, inseridos em uma política de Estado. Existem, todavia, inúmeros outros espaços de participação política fora dos canais formais da área institucional, organizados principalmente a partir das comunidades. Esse fato foi reconhecido por Quíron, quando ele identifica a participação na área da Saúde antes da instituição do CMS e reafirma, mais uma vez, sua identificação com as lutas da comunidade em que trabalhava.

A participação nesses espaços se caracteriza como não convencional e tem por objetivo exercer pressão sobre as políticas governamentais. Nesse sentido, o Brasil tem se configurado como um terreno fértil para o desenvolvimento dessas novas práticas, com o surgimento de diversos novos canais de participação (BORBA, 2006). A participação política nos espaços institucionalizados, como os Conselhos de Saúde, é muito importante, porém, deve-se atentar aos demais espaços não institucionalizados que se concretizam por meio de movimentos sociais e formam redes de cooperação entre os cidadãos.

Ainda no que tange a aproximação com os serviços de saúde na trajetória de participação, Têmis aponta:

Quando eu fui convidada eu achei que eu tinha subsídios pra ajudar né (...) e aí eu não tinha vínculo com ninguém e assim eu tenho vínculo com o posto né.. isso aí me deu segurança. (Têmis)

Ao participar ativamente do Conselho Local de Saúde da unidade de Saúde, Têmis estabeleceu vínculo com o serviço, demonstrando a importância da acolhida para o seu processo de identificação com aquele serviço e com as suas motivações para exercer a participação. De acordo com Campos (1997), o vínculo com os usuários de um serviço de saúde aumenta a eficácia das ações de saúde e pode promover e estimular a participação do usuário na prestação do serviço. Sentindo-se acolhida pelo serviço, a população procura serviços receptivos e resolutivos, para além dos limites geográficos.

A área da Saúde foi a que mais precoce e intensamente criou mecanismos de participação, devido, principalmente, ao movimento sanitário, embrionado na década de 70. Como apresentado acima, alguns sujeitos deste estudo tiveram suas trajetórias de participação imbricadas nesse movimento de luta pelo SUS, por identificação ora profissional, ora por necessidades de saúde. O maior questionamento, então, era o que motivou aqueles outros idosos, que tinham uma caminhada de participação em diversos outros espaços, e foram convidados a participar nos Conselhos de Saúde.

5.3 “A gente não permite que isso morra dentro da gente”

Então tu tem um trabalho que tu faz e é o que eu faço, um voluntariado, eu não ganho nada, ninguém ganha né. Então pra mim é super bacana isso. (Prometeu)

Após analisar os espaços em que os idosos exerceram a participação política, nesta categoria o objetivo foi desvendar os motivos que os levaram a ocupar esses espaços. Os motivos para realizar algum tipo de trabalho relacionado à participação política dependem, principalmente, de características pessoais, personalidade, preferências e da formação profissional de cada indivíduo (DAL RIO, 2004). Sabe-se, também, que a participação de idosos na política depende muito do passado de

mobilização de participação que tiveram (GOERRES, 2007; CLARY, SNYDER, 1999; VECCHIONE, CAPRARA, 2009).

De acordo com estudo realizado por Clary e Snyder (1999), foram identificados seis principais motivos propulsores para a realização de trabalhos voluntários: experiência profissional, autoeficácia, necessidade de proteção, envolvimento social, aprendizado e valores humanitários. Ainda, conforme pesquisa desenvolvida por Souza (2007), os idosos apontaram o trabalho voluntário como forma de ocupar o tempo livre e de sentirem-se úteis. A partir dessa categoria, analiso as motivações que levaram os idosos deste estudo ao exercício da participação política.

Mas porque eu gosto né... gosto mesmo (...) eu acho assim, eu gosto de movimento mesmo, de andar na rua, bastante gente, essas coisas assim. (Ártemis)

A velhice, relacionada com a aposentadoria, se por um lado pode significar a perda de papéis na sociedade e conseqüente isolamento social, por outro, pode se caracterizar como um período da vida em que há maior disponibilidade de tempo para a prática de atividades de lazer e de investimento em si próprio. Nesse sentido, o lazer pode motivar atitudes ativas, de busca de participação na vida social, ocupando o tempo livre do indivíduo de maneira a auxiliar seu progresso pessoal, em oposição ao isolamento social que a aposentadoria pode causar (FERRARI, 2007).

Envolver-se em espaços de participação por livre escolha, como aponta Ártemis, demonstra que ocupar seu tempo com esse tipo de atividade se configura como exercício de lazer, que gera prazer e satisfação pessoal. Em relato anterior citado neste trabalho, Ártemis já havia demonstrado a identificação com a participação ao citar os diversos espaços em que atua. Assim, a participação política, além de funcionar como uma maneira de exercer a cidadania, atua como protetora da saúde desta e de outros idosos, ao proporcionar a sociabilização e atividades de que lhes trazem prazer.

Apesar de muitos idosos terem iniciado sua trajetória de participação já adultos, próximo à velhice, os relatos apontam a participação como intrínseca a sua personalidade. Mesmo não tendo desenvolvido atividades propriamente de participação política anteriormente, o engajamento político seria inerente à forma como esses idosos encaram a vida (SHMOTKIN, 2003; DAL RIO, 2004). De acordo

com Dal Rio (2004), a vontade de ajudar o próximo é uma maneira de demonstrar solidariedade e caridade, inerentes à natureza humana, além de servir como protetor para a saúde dos idosos, visto que pode aumentar o bem-estar e o sentimento de pertencimento à comunidade. Dessa forma, a participação é encarada como uma atividade de lazer, que traz muito mais prazer que preocupações e sentimento de obrigatoriedade.

E tu sabes que ali a gente, a gente chegando ali, tu começa a ver assim um povão discutindo na visão deles o que que é... (...) e ali eu comecei a pegar gosto, gosto com o chamado, que a gente chama agora de controle social, de ser parceiro. (Quíron)

Quíron é um idoso com histórico longo de participação e mobilização comunitária, ele aponta como motivação para exercer a participação uma forte identificação com a comunidade onde trabalhava anteriormente. Ao criar esse laço estreito com a população, Quíron foi eleito como representante dos usuários.

Como já apontado anteriormente, os Conselhos de Saúde são compostos, paritariamente, por usuários, trabalhadores e representantes do governo. A escolha dos representantes dos usuários, segmento que todos os idosos deste estudo representam, é feita, geralmente, por indicações ou eleições nas associações de moradores e entidades comunitárias que pleiteiam espaço nos Conselhos. Conforme aponta Gerschman (2004), a legitimidade dos Conselhos se amplia quanto maior for o vínculo dos conselheiros com a sua comunidade, e a efetividade da atuação dos conselheiros está estreitamente relacionada com a forma como eles se relacionam com seu povo e como se dá a interlocução através das entidades que eles representam.

A forte identificação com os interesses e demandas do seu povo traz consigo essa responsabilização, que muitos idosos apontaram como motivação para o exercício de participação. Ao serem escolhidos por suas comunidades para defenderem seus direitos, os participantes encaram a participação não apenas como uma ocupação extra, mas como seu dever enquanto representantes das vozes de seus companheiros:

Eu acho que isso aqui é um dever meu estar aqui né, quer dizer, se eu quero direitos, também tenho deveres, o mínimo que eu tenho que fazer é cumprir com eles né. (Prometeu)

De acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1988), os cidadãos brasileiros possuem direitos sociais e políticos, bem como deveres. Dentre o rol de direitos e deveres, sabe-se que a participação política não se configura como um dever do cidadão, sendo uma atividade legítima, porém, facultativa. Entretanto, o ímpeto de participar de alguns indivíduos é tão forte, como é o caso de Prometeu, expresso pelo relato acima, que eles identificam esse exercício como um cumprimento do dever de ocupar esses espaços, representando sua comunidade, como um exercício da sua cidadania.

Marshall (1967) define cidadania como a participação dos indivíduos na comunidade política, a fim de assegurar direitos civis, políticos e sociais. Apesar de a cidadania ser, por definição, universal, os processos de participação na arena política ampliam a cidadania formal, buscando efetivar os direitos dos cidadãos (NERI, 2007). Dessa forma, o conceito de cidadania perpassa a motivação de Prometeu, demonstrando a busca por inclusão e pertencimento do idoso à comunidade política. Independentemente da orientação política, como apontam Vecchione e Caprara (2009), se os indivíduos acreditam que podem exercer alguma influência sobre os processos políticos, estarão mais dispostos a participar dos espaços políticos.

As motivações para participar na política podem ser tanto identificadas como o exercício da solidariedade para com os demais, como uma aspiração individual e coletiva de obter ganhos, que é também uma característica da participação política, visto que esta se presta a influenciar nos processos políticos a fim de conduzir as políticas públicas de acordo com os interesses da população (VERBA, NIE, 1972).

Nesse sentido, alguns idosos também apontaram seus interesses pessoais em dedicar seu tempo ao CMS:

Porque eu não sei se daqui alguns anos eu não vou necessitar que alguém me faça né? Então eu faço tudo que *tá* no meu alcance em favor dessas pessoas, porque o amanhã a Deus pertence né. (Íris)

Envelhecer traz consigo a aproximação da morte e a ideia de finitude. Com o passar dos anos, a finitude é reconhecida como inevitável e a chegada da velhice, a perda de amigos e familiares torna a finitude ainda mais presente no ideário dos idosos (GOLDIN, 2002; BALDIN, FORTES, 2008). O reconhecimento da velhice como um período de perda de funções físicas e psicológicas implica na preocupação de como sanar essas necessidades.

Essa preocupação com o bem-estar na velhice, apesar das dificuldades, se demonstrou uma motivação para o exercício da participação política, como podemos verificar na fala acima. Íris, uma idosa viúva e que mora sozinha, entende que participando e, assim, ajudando sua comunidade, garante o retorno dessa solidariedade quando estiver precisando, já que não conta com cônjuge e demais familiares para cumprir com a função de cuidadores.

Eu, sempre me agradou muito [participar na área da saúde] porque eu precisei muito disso e eu acabei tendo que me debruçar nesse negócio de saúde. (Zéfiro)

Eu me interessei assim porque eu acho que é importante pra família pelo menos né. (Ártemis)

É que a gente... tinha 4 filhos não tinha condições de convênio né (...) então uma das coisas é tu pensar na tua família né, pra ser melhor atendido né (...) então pela qualidade de serviço a gente daí se identificou nisso... pô! se é bom pra minha família e pro vizinho né tem que ser bom pra toda a comunidade! (Bóreas)

De acordo com estudo realizado por Clary e Snyder (1999), os indivíduos que percebem que recebem benefícios significativos com a função desempenhada se mostram mais satisfeitos em desempenhá-la do que aqueles que notam menores benefícios ou irrelevantes. É o caso dos idosos que no presente estudo percebem que, por meio da sua inserção no CMS, além da função primordial da participação, alcançam também benefícios individuais.

O fato de os idosos apontarem seus interesses pessoais não invalida ou menospreza a sua participação. Segundo Dalarri (2004), o homem se relaciona com os demais seres humanos não apenas para satisfazer necessidades materiais, mas, principalmente, pelo fato de que todo ser humano tem necessidades afetivas, psicológicas, espirituais que só podem ser sanadas pela ajuda e participação de outras pessoas. Nesse sentido, a política se configura como o meio em que se dá a criação humana no mundo. Ou seja, através da política que os seres humanos constituem sociedade e, inseridos nela, se relacionam uns com os outros.

O relato de Zéfiro exemplifica esse fato, quando aponta a relação entre a satisfação de suas necessidades pessoais por meio da participação política, já que o idoso precisou conhecer mais sobre o SUS ao sofrer de uma doença crônica. A ajuda mútua que se dá nos espaços políticos, a partir da participação dos cidadãos, impulsionou Zéfiro a buscar esses espaços e, percebendo que essa ajuda lhe foi útil,

continuou participando e gostando de ocupar esse espaço. O mesmo ocorreu com Ártemis e Bóreas, que viram na participação uma forma de ajudar suas famílias. Muito além da ajuda, a busca por esse benefício fez com que dentro do CMS percebessem que, ao participar, estavam também defendendo os interesses dos demais, que se assemelham aos seus próprios.

A motivação baseada na família é um fato associado ao estágio de vida em que estes idosos se encontram. Apesar do cuidado com a família ser característico de adultos mais jovens, com filhos fora do mercado de trabalho, Bóreas e Ártemis ainda se encontram em um momento de responsabilização com seus filhos e demais familiares. Ao se depararem com essa responsabilidade, outros fatores como carreira profissional ou lazer ficam em segundo plano, e o interesse pela política se justifica pela influência que esta pode ter sobre sua família (JENNINGS, 1979). Ainda fica claro que, por residirem com sua família, a busca por contatos sociais também não foi apontada, provavelmente por contarem com o apoio emocional e social dos familiares em casa.

Ainda, na busca por sanar necessidades pessoais, o ingresso no campo da participação pode ser motivado por situações de doença:

Meu endereço fixo era no Uruguai e lá o tratamento médico não foi satisfatório e aí eu vim pra cá e foi quando eu conheci o SUS né, a história do SUS (...) e foi uma coisa assim, fantástica né. (...) então isso tudo, a saúde foi que... foi me ofertando sabe? (Prometeu)

Prometeu, ao se deparar com uma situação de doença, encontrou no SUS a resolução de seu problema. Poderia, na busca desse objetivo, traçar diversos outros caminhos, como planos de saúde suplementares, mas ao encontrar no SUS um sistema público, universal e integral, passou a defendê-lo através da participação no CMS. A doença é um fator que afasta as pessoas do ideal de saúde, quando esta é vista como um processo meramente biológico, e traz consigo mudanças cotidianas na vida do indivíduo, que podem se manifestar tanto por depressão e isolamento como pela luta por condições melhores de vida, como é o caso de Prometeu (SILVA, SOUZA, MEIRELES, 2004).

Existem diversas formas de enfrentamento dos problemas de saúde, mas como é feita essa escolha pelas pessoas depende muito do contexto socioeconômico e do acesso à informação que elas têm (MÂNGIA, MURAMOTO, 2007). Prometeu residia em outro país, que não ofertava tratamento à sua doença e

ele sequer sabia da existência deste benefício no Brasil. Ao percorrer esse caminho até encontrar a solução, ele se surpreendeu e se sentiu em uma posição de dever de seguir lutando pelo SUS que o tinha ajudado.

Como resultado da busca por benefícios individuais ou coletivos, os idosos passaram a entender o funcionamento do sistema de saúde:

Uma das causas é (...) que eu enxergo as coisas que estão acontecendo lá dentro [do serviço de saúde] e eu vou... é... procuro dar meu ponto de vista. E, além de dar meu ponto de vista, exigir os direitos que o postinho tem que me devolver né, por estar lá. (Têmis)

Eu tava acostumado a discutir probleminha do meu bairro aqui né ... da onde eu moro e lá não, lá é mais amplo, discute problema da cidade (...) daí eu comecei a me interessar. (Bóreas)

As falas de Têmis e Bóreas demonstram como estão imbricados e interessados pela participação política não apenas no seu exercício como lazer ou preenchimento de tempo ocioso. O interesse pela política dos serviços e sistema de saúde os motiva a continuarem inseridos nos espaços de luta. Além disso, o vínculo que se estabelece com os serviços de saúde a partir da participação pode se tornar uma esfera da sua rede de contatos (MÂNGIA, MURAMOTO, 2007). Apesar de não se tratar de uma relação de causa-consequência, ou seja, não é por participar do Conselho de Saúde que o sujeito tem privilégios de receber assistência, já que se trata de um direito universal, essa inserção foi uma maneira que Têmis encontrou de ter conhecimento sobre esses direitos.

Alguns idosos ainda reconheceram seu ímpeto para a participação como sendo algo ensinado pelos pais ou herdado de gerações anteriores. De fato, é apontado que as instituições sociais são mecanismos que atuam em favor da participação, ou seja, o comportamento das pessoas é fortemente influenciado pela família, escola, igreja, economia e demais instituições que possuem normas que são repassadas de geração em geração (BORBA, 2006).

Os idosos que tiveram famílias vindas de cidades do interior ou emigrantes de outros países apontaram que, apesar de desconhecerem a inserção de seus pais ou antepassados em espaços de participação, reconhecem a solidariedade como um fator que os influencia hoje a participar:

Quando meus avós vieram ao Brasil, eles se acharam muito acudados pela comunidade, procuraram morar num local onde tinha... existiam poloneses... e eu acho que eu trago isso dentro de mim (...) acho não, acho que... achar não é bem a palavra... trago isso no sangue! (Têmis)

Meu pai, na comunidade, onde que eu me criei, ele normalmente foi presidente de uma associação de uma comunidade (...) se ele pudesse, ele tirava a camisa do corpo pra dar pra essas pessoas né, então eu acho que isso ali é uma das coisas que a gente traz né, desde criança né, que a gente absorveu quando criança, quando se criou. É que meu pai assim, que me colaborou realmente, isso aí me trouxe, que é o que eu trago de berço né. (Admeto)

(...) Eu percebi que minha mãe era assim, vamos supor, se chegava um vizinho no interior e que necessitava de alguma coisa, mesmo que ela fosse... ou ela dividia ou ela cedia aquilo, ela sempre, ela nos ensinou isso né? Então talvez tenha sido isso né, que eu tive assim essa criação. (Íris)

Sabe-se que as primeiras experiências de convivência social e educacionais da criança se dão, geralmente, no âmbito familiar, moldando assim, seu comportamento (PILETTI, 1984). A família exerce grande influência sobre a vida das pessoas, tendo um papel fundamental na determinação da personalidade do indivíduo e, conseqüentemente, no comportamento individual e sua relação com a sociedade. No que se refere à função social deste grupo, a família tem papel central na transmissão da cultura de um povo e no ensino do exercício da cidadania (PRATTA, SANTOS, 2007). Isto fica claro na fala de Têmis, que identifica os valores e a cultura de seus antepassados como forte influência para sua vontade de participar politicamente e lutar pelos seus direitos e de seus pares.

É no seio da família que o indivíduo aprende os primeiros valores, normas, padrões de comportamento e crenças que moldarão seu comportamento na sociedade (PRATTA, SANTOS, 2007). Assim, pode-se supor que as experiências observadas e vivenciadas pelo indivíduo jovem no interior do grupo familiar contribuem significativamente na sua formação enquanto adulto. Nas falas dos idosos, percebe-se que eles identificam os valores de solidariedade, cidadania e altruísmo de seus familiares como algo que influenciou diretamente na formação de sua consciência para hoje também ajudar sua comunidade.

Lucchiari (1993) ainda afirma que a influência familiar ocorre em duas vias, tanto os pais influenciam o comportamento dos filhos, como o inverso também é verdadeiro, fato que foi também expresso por um idoso:

A minha filha estudava no [*nome do colégio*], e ali tinha uma formação de um grupo de escotismo né, então parece que dentro dessa área do escotismo eles valorizaram esse tipo de trabalho né, esse voluntariado, (...) então isso aí foi me chamando atenção também, o aspecto assim, dela, partiu dela isso né, através de educação. (Prometeu)

O autor supracitado aponta que os indivíduos, ao construir seus projetos de vida, fundem o presente, passado e futuro e, nesse sentido, as ações dos filhos também influenciam na tomada de decisões. Ao recordar a história da filha, Prometeu demonstra a inspiração nascida a partir dessa experiência e aponta-a como motivação para também aprender mais sobre o voluntariado.

Ainda, de certa forma relacionado às relações familiares, outro fator motivacional encontrado neste estudo é também um fato nada incomum entre idosos: a viuvez. Atualmente encontram-se nas sociedades muitos idosos nessa situação. O aumento da expectativa de vida, principalmente das mulheres, contribui para que cada vez mais, idosos e idosas se tornem viúvos (CAMARANO, 2004).

Logo que eu viuvei, eu entrei numa depressão muito horrível e isso aqui é, me senti acarinhada, as... aqui o pessoal do posto eles me atendiam com bastante atenção, com carinho. (Íris)

O meu motivo principal a ter começado a participar do Conselho (...) que minha esposa tinha adoecido (...) no momento que eu me desliguei da esposa, eu passei a participar. (Admeto)

O diferencial de sexo quanto à longevidade, associado a normas sociais que levam homens a se casarem novamente com mais facilidade, faz com que, atualmente, existam mais mulheres que homens em situação de viuvez. Independentemente de sexo, é fato que a viuvez, em geral, é associada com solidão. A morte do cônjuge pode significar um momento de tragédia ou de libertação. Apesar de, em alguns casos, a viuvez ser encarada por alguns idosos como um momento de conquista de autonomia e liberdade, a morte do companheiro geralmente é um momento de crise (CAMARANO, 2004).

Ainda, segundo Doll (2002), a perda do parceiro é um momento muito impactante para a pessoa idosa, podendo ser manifestado por depressão, desespero, angústia, culpa, raiva, hostilidade e solidão que, associado à negação, ameniza o sofrimento da perda. O encontro de um espaço acolhedor e de pessoas que possam apoiar o idoso ou idosa viúvo(a) pode ser um importante fator na

superação dessa fase dolorosa. Como aponta Íris no seu relato, ter sido acolhida pela equipe da unidade de saúde, além de ter ajudado a encarar esse momento com mais tranquilidade, a motivou a começar a participar dos espaços políticos do serviço.

Há anos atrás, 10 anos atrás era bem diferente (...) que eu ainda tinha meu marido, que, que era... não participava, dos grupos nem nada, por N motivos não é, então, era, era só programas de televisão. (Íris)

Após atravessar o período de luto, característico da perda do cônjuge e das consequentes alterações na rotina da viúva, a idosa desperta para olhar a vida com outros olhos, descobrindo novas formas de aproveitar melhor sua vida. Na maioria dos casos, conforme aponta Doll (2002), a viúva perpassa por um desaparecimento gradual do luto, conseguindo se adequar à nova rotina, encarando um luto que não deixa maiores rastros. Para isso, diferentes recursos internos e externos auxiliam nesse processo, e a rede social se configura como um fator importante na elaboração da perda do cônjuge, como é o caso de Íris, que encontrou na participação ajuda para redescobrir o convívio social. De acordo com estudo do autor supracitado, o trabalho voluntário, acrescido de práticas religiosas e serviços do lar, exercitam a solidariedade, o comprometimento e intensificam o contato social, preenchendo o vazio deixado pela perda do companheiro e pela aposentadoria.

Rocha *et al.* (2005) afirmam ainda que as viúvas, na maioria dos casos e após enfrentar o luto, mostram-se independentes em relação aos seus familiares, buscando realizar outras atividades, se inserindo em outros grupos, como é o caso de Íris e Admeto, que se integraram ao serviço de saúde através da participação no Conselho de Saúde. Essa reintegração social, principalmente das mulheres viúvas, é uma forma importante de se manterem ativas, evitando a reclusão em seus lares e a consequente depressão. Atualmente, muitas mulheres idosas procuram essa ferramenta de enfrentamento ao isolamento, como meio de envelhecer mais saudavelmente e ativamente (PORTELLA, 2004).

Outra forma de se enfrentar a solidão ou o sofrimento causado pela perda do cônjuge é a vivência da vida espiritual. Segundo Berger (1995), o ser humano precisa viver de acordo com suas crenças, mantendo o equilíbrio entre sua saúde física e mental e, conseqüentemente, harmonizando o seu convívio com as outras pessoas. Baldin e Fortes (2008) afirmam ainda que na velhice há um maior exercício

da religiosidade, pois a prática de participar de cultos religiosos faz parte do cotidiano de muitos idosos.

A relação entre envelhecimento e religiosidade é corroborada por estudiosos que apontam que atividades relacionadas a grupos religiosos em geral são mais comuns entre os idosos que em qualquer outra faixa etária (NERI, 1993). Essa participação na vida comunitária religiosa é de extrema importância para os idosos, pois, além de atuar em suas vidas auxiliando na sua adaptação ao envelhecimento, se demonstrou um fator motivacional para exercer a participação política:

Eu na época era coroinha, então *hahahaha* (...) a gente conviveu naquela comunidade [nome] e aonde gente... das minhas relações, ou, descendentes daquela estirpe né, estão na área política. (Admeto)

Eu me criei no interior (...) lá nós *era*, na igreja assim, minha mãe era muito católica (...) e eu acho que a gente podendo fazer alguma coisa pelo próximo sempre foi o nosso pensamento, nós aqui eu e da [esposa] a gente sempre trabalhou na igreja. (Bóreas)

Eu sou de formação cristã católica (...) e parti sempre de um princípio, e aí entram as minhas convicções de vida e... De crenças também, de que a gente aprende às vezes mais ouvindo do que falando né? (Quíron)

As falas acima confirmam um fato presente na literatura acerca da participação, que é o domínio esmagador da religião como estímulo à participação. Verba, Schlozman e Brady (1995) apontam que pessoas que frequentam igrejas são mais ativas em outras associações que aqueles que não frequentam. A hipótese para esse ocorrido é de que nos espaços religiosos, que não se constituem em geral como espaços de disputa política, os indivíduos adquirem, aprendem ou refinam suas habilidades cívicas e, assim, passam a se interessar também por exercer a participação política.

Além de estimular o desenvolvimento de habilidades políticas, os indivíduos também partilham de valores de caridade, solidariedade e ajuda mútua que os levam a lutar por direitos políticos da sua comunidade. No Brasil, de acordo com estudo realizado em uma comunidade, a religião incrementa mais de seis vezes as chances dos moradores participarem de alguma outra associação (LAVALLE, CASTELLO, 2004).

Ao analisar as falas dos idosos, fica claro o quanto a participação religiosa é importante e, a seu ver, condicionante para sua participação política. Nesse sentido,

eles relacionam a sua motivação para participar com valores e crenças adquiridos com a inserção na comunidade religiosa. Assim, relacionam o fato de estarem representando os interesses da comunidade com sentimentos de caridade, solidariedade e bondade, desenvolvidos e tomados como importante pelo aprendizado religioso.

5.4 “Nós ainda não descobrimos uma fórmula de nos tornar eternamente jovens”

Com a aposentadoria eu tô me dedicando mais, ajudando pude me dedicar a outro tipo de trabalho que antes eu fazia sempre com horários mais restritos... (...) eu tenho mais disponibilidade pra fazer outras coisas. (Quíron)

A aposentadoria e a perda do papel de trabalhador na sociedade são encaradas como um grande marco do envelhecimento, pois representam a velhice e o desengajamento social. Nesta categoria, analiso as relações estabelecidas pelos entrevistados entre a aposentadoria e o processo de envelhecimento com o exercício da participação política.

O fato de deixar de trabalhar formalmente significa para muitos indivíduos o momento de ingresso para a velhice e a perda de suas capacidades físicas e sociais. Se, por um lado, esse período pode ser encarado como um tempo de maior liberdade e possibilidades de realização pessoal e aproveitamento da vida, por outro, entende-se também que este momento pode se tornar nostálgico, vazio, em que o idoso sente-se desvalorizado por não ocupar mais o espaço de trabalhador. Dessa forma, tanto se encarando positiva como negativamente, a aposentadoria demanda adaptação a um novo ritmo de vida, em que o idoso depara-se com a necessidade de encontrar nova função na sociedade e novas formas de estabelecer relações (VELOZ, NASCIMENTO-SCHULZE, CAMARGO, 1999; RODRIGUES, RAUTH, 2002).

Esse momento pode ser muito traumático para aqueles idosos que pautaram sua vida nas relações de trabalho, sem abrir espaço para atividades de lazer, culturais e sociais. Mesmo para aqueles idosos que não se inseriram no mercado formal de trabalho, mas que dedicaram a sua vida ao cuidado à família e ao

ambiente doméstico, essa ruptura causada geralmente pela perda de capacidades físicas e a saída dos filhos de casa pode acarretar o isolamento social destes indivíduos, que não veem perspectivas além das atividades desempenhadas durante tantos anos.

Sabe-se que idosos que mantêm-se em atividade após a aposentadoria apresentam um envelhecimento mais saudável e bem-sucedido e sua saúde e qualidade de vida mostram-se melhores que as daqueles que deixam de exercer qualquer tipo de atividade cultural, de lazer, social ou física (DAL RIO, 2004). Porém, as políticas públicas destinadas a proporcionar e incentivar a realização de atividades de lazer e convívio social para idosos aposentados são omissas, acarretando um grande número de idosos que permanecem em suas casas, reclusos. Fato que descumprido com o Art. 3º do Estatuto do Idoso que garante acesso à educação, cultura, esporte e lazer (BRASIL, 2010c).

Nesse sentido, a participação política pode vir a ocupar um espaço substancial no cotidiano dos idosos, que reencontram sentido para sua existência nos espaços onde continuam aprendendo e trabalhando pela sua comunidade. Muitas das atividades que ocupam grande parte do tempo de adultos jovens demandam muita energia e responsabilidade, como a carreira profissional, o cuidado da família e da casa e as relações sociais baseadas nessas atividades. Durante a idade adulta, muitas pessoas tendem a ocupar seu tempo quase que exclusivamente com essas atividades, deixando espaços de lazer e participação de lado. Assim, ao alcançar a aposentadoria, é o momento em que muitos idosos podem priorizar os demais interesses, como é o caso da participação política, que surge como substituta para as inúmeras atividades rotineiras de outrora, ocupando tempo, responsabilidade, energia e engajamento (GLENN, GRIMES, 1968).

Em pesquisa realizada por (NERI, 2007), 64% dos entrevistados não conheciam em suas comunidades os grupos destinados a sua faixa etária e 90% afirmaram não se dedicar a trabalho voluntário. Os relatos dos idosos entrevistados no presente estudo vão de encontro a esses dados provavelmente por se tratarem, em sua maioria, de cidadãos que já exerciam atividades de participação política ou que identificam influências para tal no seu curso de vida. Sendo assim, são idosos que desde cedo se identificam com a participação, o que facilitou a continuidade ou mesmo o início dessa prática após a aposentadoria.

Sempre trabalhando, nunca parei de trabalhar. Parei agora né, aliás faz um ano que eu parei de trabalhar (...) porque aí eu me ocupei em outras coisas, aí sim eu me ocupei! Aí se tu *vai* trabalhar tu já não *tem* muito tempo. (Ártemis)

Pesquisadora: A senhora, depois que se aposentou, acha que começou a participar mais ou menos?

Atena: Mais, mais, mais, muito mais!

Em 2001 quando eu enfartei que eu não pude mais trabalhar né, daí... daí o que eu penso, bom agora já que eu não posso trabalhar, não posso viajar eu vou me dedicar pra isso aí né (...) eu já participava, claro que eu não tinha tanta assiduidade. (Bóreas)

Apesar do gosto pelo trabalho expressado pelos idosos, a aposentadoria veio para eles como a possibilidade de usar o tempo livre como busca de atividades que lhes dessem prazer, reencontrar significado na vida fora do mundo do trabalho formal. Conforme Paulin (2009), a aposentadoria pode representar um momento de elaborar novas formas de viver e de criar estratégias para encontrar um novo papel a ser desempenhado na sociedade. O tempo livre advindo da aposentadoria pode ser considerado negativo, caso o idoso não encontre novas formas de ocupar um papel na comunidade, porém, se o indivíduo conseguir recapitular sua vida e se integrar ao novo estilo de vida buscando sentido e conquistando novas relações e novas maneiras de encontrar prazer em alguma atividade, esse período pode se tornar benéfico.

Ainda, o reencontro ou reconhecimento de atividades prazerosas possibilita a continuidade de crescimento na idade adulta e da expressão da singularidade pessoal que muitas vezes é perdida ao longo dos anos de trabalho maçante e mecanicista (PAULIN, 2009). Como relataram os idosos deste estudo, a aposentadoria lhes trouxe o tempo necessário para realmente se dedicar a algo que lhes proporciona alegria, como é o exemplo do exercício da participação política.

Além do marco da aposentadoria e da necessidade de se criarem outras formas de ocupar o tempo e a mente, o próprio envelhecimento biológico acarreta mudanças na maneira de encarar a vida e o exercício de atividades cotidianas. Apesar da disposição dos idosos em continuar em atividade, através do exercício da participação política, a deterioração do corpo e a perda de capacidades físicas muitas vezes dificultam e até inviabilizam essas ações.

E já pela idade que eu já tô começando a sentir efeitos negativos muito na minha compreensão das coisas que eu devo ouvir (...)

então o envelhecimento das peças, elas vão se gastando e para o ser humano não existem peças que substituam. (Admeto)

(...) que o coração velho também é uma maquininha e tu *imagina* chegar aos 63 trabalhando, sozinho, não é fácil. Então tu *tem* que ter certos cuidados né. (Prometeu)

Única queixa é que a idade, eu não gostaria.. o coração parece que é jovem e... mas os joelhos não me ajudam mais, dói muito. (Íris)

De acordo com pesquisa realizada por Venturi e Bokany (2007), a velhice é associada principalmente com aspectos negativos. O estudo apontou que pelo menos um quarto dos entrevistados, entre idosos e jovens, relaciona a velhice com dependência física e perda da vontade de viver. A dependência e as debilidades físicas foram apontadas como as piores coisas de se envelhecer. Esse fato, ilustrado nesse estudo pelas falas acima citadas, demonstra que, apesar dos reconhecidos aspectos positivos do envelhecimento, as debilidades físicas atrapalham a vida dos idosos, interferindo na maneira como estes podem aproveitar seu tempo livre para desenvolver atividades diversas.

A manutenção da capacidade funcional dos idosos é um fator que se demonstra importante para a sua saúde (PASKULIN, VIANNA, 2007). Entendendo a capacidade funcional como a aptidão para realizar atividades da vida diária, a redução dessa capacidade pode estar associada com o avanço da idade e com as perdas físicas e mentais consequentes do envelhecimento (AIRES, PASKULIN, MORAIS, 2010). Sendo assim, indo ao encontro das falas acima, os idosos sentem os efeitos do envelhecimento em sua saúde a partir da diminuição da capacidade em realizar atividades cotidianas, como a realização de leituras e discussões, resultantes da diminuição de acuidade visual e auditiva.

Durante esta pesquisa, deparei-me com relatos que demonstram as influências do processo de envelhecimento na vida desses indivíduos. Admeto relatou que o envelhecimento trouxe a ele um grande vazio na vida, e a participação de certa forma ocupa esse vazio, já que, como me disse, calcula que ainda tenha cerca de dez anos de vida pela frente e que precisa ocupar seu tempo até lá. Desse relato ficou a imagem do quanto o envelhecer altera as rotinas e o modo de levar a vida das pessoas, o quanto o envelhecimento pode ser encarado como um momento negativo, e a iminência da morte entristece e, realmente, causa um vazio existencial para os idosos, principalmente se vivem sozinhos.

Segundo Lopes (2007), a identificação negativa da velhice ocasiona que muitos idosos não vejam um futuro para si, caindo no desânimo e na apatia. Ainda, como afirma Deps (1993), a falta de perspectiva de um tempo futuro desmotiva os idosos a iniciar novas tarefas e, assim, renunciam novos projetos e novas relações, como é o caso de Admeto, que encara muitas de suas atividades apenas como um preenchimento do tempo que lhe resta.

Por outro lado, Têmis, ao término da entrevista, me chamou para dizer que quando eu ver um “véio” ou uma “véia” na rua e pensar que ele(a) já viveu o suficiente, que eu lembre que ele(a) ainda pode viver mais um pouco para ajudar os outros. Do encontro com Têmis, o retrato do envelhecimento foi outro, em que o envelhecer pode ser, sim, um momento rico e que os idosos podem ser muito ativos e fazer muito pela sociedade, saindo do ideário relacionado com o plano biológico e entendendo o envelhecimento como um período positivo de amadurecimento.

Nesse sentido, Dallari (1991) aponta que há nas sociedades ocidentais um mito de ‘se preparar para a velhice’, entendido como o idoso se convencer de que já fez o bastante e agora deve se acomodar e esperar pela morte. Essa concepção afasta os idosos dos espaços de participação, desligam-no da sociedade. Como o relato da Têmis, o envelhecimento pode ser encarado como amadurecimento favorável à sua tomada de decisões, às suas ideias e posicionamentos frente às situações vivenciadas dia a dia. Vendo por esse prisma, o envelhecimento passa a ser considerado positivo, em que o indivíduo acumula experiência e sabedoria para viver a vida com mais tranquilidade.

E, felizmente, às vezes a gente dá graças a Deus por envelhecer não é, o envelhecimento, a gente vai passar... (...) mas, se alguma coisa vale na vida da gente (...) é a gente saber acumular as experiências de vida. (...) Eu acho que eu faria tudo... tudo de novo. Claro, se tivesse a experiência que eu tenho hoje seria muito melhor tudo (...) bom...e antes a gente era um pouco mais... mais livre, coisa mais jovem (...) agora claro, com menos resistência, menos agilidade, mas faço, procuro fazer. (Quíron)

Ainda segundo a pesquisa realizada por Venturi e Bokany (2007), as melhores coisas de ser idoso foram apontadas como a experiência adquirida, a sabedoria e o tempo livre, dentre outros. Prometeu relatou em nossa conversa, “*eu só lamento não ter a tua idade*”, falando sobre a maturidade que tem hoje e como gostaria de vivenciar novamente alguns momentos com essa mentalidade de hoje. Nas falas de Quíron e Prometeu fica claro o paradoxo entre o positivo e o negativo

de se envelhecer, se por um lado, a experiência e as vivências são encaradas como uma coisa boa, como algo que ajuda, por outro há a dificuldade física que não lhes permite fazer tudo que gostariam, como quando eram jovens.

Ao refletir sobre essas contradições do envelhecimento, recordo o filme *O curioso caso de Benjamin Button*, homônimo adaptado do conto de F. Scott Fitzgerald (*O CURIOSO CASO*, 2009). Na história, Benjamin nasce com o corpo de um velho de 70 e poucos anos e vai rejuvenescendo até morrer como um bebê. A trama do filme explora justamente o que Quíron e Prometeu expressaram: como seria ter a jovialidade e vitalidade de um jovem de 20 anos, com a maturidade e experiência de anos de vida vividos.

Antes mesmo de Fitzgerald contar a história fictícia de Benjamin, Mark Twain já havido pensado nessa via inversa do envelhecer ao proferir a frase: “*A vida seria infinitamente mais feliz se pudéssemos nascer aos 80 anos e gradualmente chegar aos 18*”. Sem entrar na discussão sobre ser ou não ser ‘infinitamente mais feliz’ essa forma ilusória de envelhecimento, a reflexão que ficou do filme pode ser expressa por uma frase que Benjamin proferiu ao ouvir alguém lamentar sobre sua condição: “não lamente, não há nada de errado com a velhice”.

5.4.1 “Eu tô novinha ainda! O que vale é a cabeça, né?”

Nas duas subcategorias que seguem, analiso a autoavaliação de saúde dos idosos e como veem a saúde de outros idosos, em comparação com a sua. O conceito de saúde da OMS (1946) nos traz que é “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Esse conceito remete à produção de relações do indivíduo com o meio em que vive, físico, social e cultural. Ainda, amplia a noção de saúde ao afirmar que se trata do bem-estar individual e coletivo, que está atrelado a uma avaliação subjetiva de cada indivíduo sobre o que lhe faz se sentir bem e saudável.

A autoavaliação de saúde faz parte do rol de indicadores de saúde utilizado pelo PNAD para avaliar as condições de saúde dos idosos. A percepção da saúde é um importante indicador da situação de saúde entre os idosos e demonstra que variáveis como gênero e idade determinam o comportamento dos idosos em busca de serviços de saúde (IBGE, 2009). Sendo assim, a autoavaliação da saúde é objeto de muitos estudos, dentre eles, no estudo de Dachs e Santos (2006), demonstrou-se

que a porcentagem de pessoas que avalia o estado de saúde como ruim e muito ruim aumenta com a idade, devido a fatores diversos como diminuição na autonomia, na renda, arranjos familiares, ociosidade, dentre outros.

Nesse sentido, mais uma vez, demonstra-se que idosos que se mantêm ativos avaliam sua saúde mais positivamente:

Estou batalhando, fazendo fisioterapia por mim mesmo né e caminhando... e lutando né! E vou, como é... iniciar agora dia 14 a computação... não vou parar, vou continuar estudando. (Têmis)

Eu acho que a minha saúde está ótima, mas, claro que tomando alguns cuidados, tomando meus medicamentos necessários né... mas eu acho que *tá*, no geral *tá* boa, *tá* boa (...) eu leio muito, eu estou sempre assim com sede de, de ocupar a minha mente com alguma coisa e isso me faz muito bem (...) graças a Deus eu tenho uma amizade, um grupo de amizades bem boa... e segredo pra ti, eu danço uma vez por semana, eu vou no baile da terceira idade! (Íris)

A concepção da saúde, como relatam Têmis e Íris, está associada muitas vezes com as atividades que se realiza. Para as idosas, a avaliação positiva da sua saúde relaciona-se com seu envolvimento com atividades de lazer que proporcionam aprendizado e com seu esforço para cuidar da sua saúde, no caso de Têmis, procurando a fisioterapia como modo de se manter saudável. Atividades de lazer, culturais e de interação social proporcionam a essas idosas uma melhora na sua qualidade de vida. O aprendizado, aliado a atividades físicas e culturais, podem compensar a diminuição das capacidades biológicas, como a diminuição da acuidade visual e auditiva, da memória e da energia, sendo assim uma forma de os idosos manterem-se criativos e sentindo-se úteis e valorizados (OMS, 2005).

Em estudo realizado por Fonseca *et al.* (2010), a maioria dos idosos entrevistados condicionou sua saúde a “participar da vida”, ou seja, à capacidade de realizar atividades como o trabalho ou lazer. Os relatos dos entrevistados desta pesquisa mostram que a avaliação positiva de sua saúde está ligada a um esforço em se manterem ativos e de preservarem seu papel na comunidade em que estão inseridos. Esses dados, corroborados por outros estudos vão ao encontro dos achados do presente estudo, em que o sentimento de pertencimento e o esforço em se manterem ativos condicionaram a avaliação positiva de saúde destes idosos (HINCK, 2004; ROSA *et al*, 2003).

[A saúde] no momento *tá* boa, eu faço acompanhamento né (...) E vim fazendo [tratamento] e acho que *tô* bem viu, *tô* bem, eu me

cuido, não sinto nada, eu sei meus limites, não posso fazer força, não posso correr... A gente controla também as refeições né, aquilo ali mudou certos costumes. (Bóreas)

O envelhecimento ativo e bem-sucedido é uma condição muitas vezes associada diretamente a uma boa avaliação de sua saúde. Para se atingir esse objetivo, além da adaptação às mudanças inerentes ao processo de envelhecer, o comportamento do autocuidado demonstra-se importante. O autocuidado considera a valorização das potencialidades e o entendimento de suas limitações mas, principalmente, busca maneiras criativas de cuidar da saúde (SILVA, SANTOS, 2010).

Para muitos idosos, como é o caso de Bóreas, o reconhecimento dos novos limites do seu corpo somado ao cuidado com a saúde biológica, expressos pelo controle de dieta e acompanhamento médico, constituem-se em uma forma de manter-se saudável e envelhecer com qualidade. O fato de estar envelhecendo, de estar em uma nova fase da vida, marcado pela aposentadoria e novos limites e rotinas, não deve significar a “demissão da vida” e, sim, mudança de valores e a preparação para aceitar as novas atividades, e até mesmo não ter atividades. (DALLARI, 1991).

O autocuidado, apesar de relacionar-se à promoção da saúde, considerando aspectos socioambientais, culturais e biológicos, no caso dos idosos acaba se debruçando muito mais sobre a própria aceitação de estar envelhecendo. Nesse sentido, para os idosos deste estudo foi possível perceber que, além de cuidar do corpo, a mudança de atitude frente às novas limitações enfrentadas pelo envelhecimento se caracteriza muito mais como autocuidado com sua saúde, pois considera a aceitação e o bem-estar dos indivíduos.

O bem-estar, a elevação da autoestima e o fato de manterem-se ativos contribuem com uma visão mais positiva até mesmo sobre suas condições de doença ou incapacidades. Conforme Jordão Neto (1997), idosos sociáveis, ativos e que participam na sociedade tendem a ser mais saudáveis que aqueles isolados, solitários ou desinteressados. Outros estudos já revelaram que a participação em atividades de lazer, que propiciam atividades físicas e mentais, são fundamentais na manutenção das funções cognitivas para os idosos (SANTOS, FORONI, CHAVES, 2009).

Eu sou um cara que eu não tenho problemas de saúde, a não ser coisas pontuais assim (...) eu não sou um doente, eu sou uma pessoa que tem... eu fui aposentado por.. eu tenho um problema de saúde que na verdade ele só, ele só age quando tenho um problema de outra natureza, do contrário sou uma pessoa normal, como todo mundo. (Zéfiro)

Indo ao encontro da definição de saúde da OMS e de promoção da saúde da Política Nacional de Promoção da Saúde, Zéfiro em seu relato demonstra que o seu sentimento de bem-estar e de estar saudável ignora a condição crônica de doença. O idoso, ao afirmar que não é doente e avaliando sua saúde como boa, não afirma ser um ser livre de doenças mas, sim, um indivíduo que elabora conhecimento sobre sua saúde. (FONSECA *et al*, 2010).

Corroborando dados de outros estudos que avaliam qualidade de vida de idosos, a maioria dos entrevistados refere ter boa saúde, apesar da presença de doenças crônicas ou do uso de medicação sistemática (MORAIS, 2007; PASKULIN, VIANNA, 2007; AIRES, PASKULIN, MORAIS, 2010; FONSECA *et al*, 2010). Esse fato reforça a ideia de que a doença está mais relacionada com a incapacidade funcional do que portar algum dano crônico. Ainda, remete à capacidade de estar apto para o trabalho ou outras atividades, que está relacionado com a manutenção da autonomia.

Cabe ressaltar que a autoavaliação positiva da saúde pode estar atrelada a fatores diversos, como gênero, renda e escolaridade. Esta última pode ser relacionada aos dados deste estudo, já que idosos sem escolaridade tendem a ter uma avaliação regular ou má da sua saúde (LEBRÃO, DUARTE, 2003). A maioria dos idosos deste estudo, como já apresentado anteriormente, possui um alto nível de escolaridade e, sendo assim, pode-se relacionar este elevado nível com as avaliações positivas de saúde.

Nesse sentido, a participação política foi apontada como forte indicador para uma boa avaliação da saúde e da qualidade de vida:

Pesquisadora: E como a senhora vê essa participação em relação a sua saúde?

Ártemis: Muito boa. Muito, porque eu não vou no médico. As gurias aqui do posto se admiram muito, muito.

Pesquisadora: E como que a senhora percebe a sua saúde hoje em relação ao que era no passado? *Tá* melhor, *tá* pior...

Ártemis: Não, *tá* bem melhor (...) e aí quem se orgulha sou eu né?

A participação política é uma forma relevante de manter um envelhecimento ativo e saudável. Como relata Ártemis, a participação contribui mantendo seu bem-estar e, inclusive, melhorando sua autoavaliação de saúde em relação ao passado, quando dedicava maior parte do seu tempo ao trabalho e ao cuidado da família.

Esta relação entre o exercício da participação e a melhoria na saúde vai ao encontro do pressuposto de que a manutenção de atividades durante o envelhecimento gera melhoria na satisfação com a própria saúde (PAPALÉO NETTO, 2007). A partir do momento em que o idoso se afasta de suas atividades de trabalho, seja doméstico ou não, a forma com que ocupa seu tempo influencia fortemente na maneira como encara sua saúde e seu modo de viver. Assim, a participação política e demais formas de trabalho voluntário caracterizam uma maneira criativa tanto de ocupar o tempo livre como de ressignificar seu papel na comunidade (SOUZA, 2007).

Por outro lado, a participação política também pode atuar de forma negativa, ao trazer preocupações e angústias, que acarretam uma possível avaliação negativa em relação à saúde:

Pesquisadora: E o senhor vê uma relação dessa participação com a sua saúde?

Quíron: Ah vejo! Vejo, claro! A gente se estressava bastante, se estressa (...) a gente se angustiou com outras situações vivenciadas... e isso fez com que eu relaxasse meu cuidado.

A participação política difere de outras formas de participação, como o trabalho voluntário formal, como já se viu neste trabalho. A participação política exige do participante um grau de envolvimento diferente, em que o indivíduo está inserido em uma comunidade de política em que encontra conflitos, crises e disputas de interesses. Passar a participar ativamente na política significa a responsabilidade de se estar presente e, já que o idoso acumulou experiências, tem uma visão diferenciada da sociedade e tem mais tempo livre para desempenhar suas funções de participante, assume uma responsabilidade que outrora não poderia, pelos motivos de família, trabalho e demais atividades (DALLARI, 1991).

No caso específico da participação nos Conselhos de Saúde, as responsabilidades são ainda mais específicas e maiores:

Ser Conselheiro de Saúde é, antes de tudo, uma função política. Ele não pode deixar de prestar atenção aos conflitos que se armam e

que acompanham todas as etapas da sua tarefa, obrigando-o a agir com habilidade, paciência e perseverança, para desmontar armadilhas políticas e burocráticas e perseguir negociações, em nome da obtenção de resultados consensuais, que tornarão os Conselhos mais produtivos (BRASIL, 1994, p. 107).

Os conselheiros são porta-vozes de uma parte da sociedade e cabe a eles ter o discernimento e bom-senso para melhor defender os interesses dos demais. Para isso, é necessário conhecer como vive a comunidade, dados de saúde e de doenças, conhecer os problemas do município para que, assim, possa pensar em conjunto em prioridades para representar no Conselho. Ainda, é de extrema importância que os conselheiros tenham conhecimento sobre o financiamento da saúde, sobre o processo político e administrativo, seus conflitos, disputas e crises para que estejam seguros e aptos para disputar interesse na arena política. Para todas essas demandas, o conselheiro deve dispor de tempo e disponibilidade para ler, renovar conhecimentos, ampliar seus estudos e se manter em contato constante com os atores políticos e com os outros conselheiros e representantes (BRASIL, 1994).

Frente a todas essas responsabilidades exigidas dos conselheiros, Quíron demonstrou a influência negativa que podem exercer sobre sua saúde. Assim, se por um lado a participação pode favorecer o envelhecimento ativo e a sociabilização, por outro, carrega um fardo de deveres a serem cumpridos que traz inquietações e angústias.

5.4.2 “Eu, pelo menos, eu vejo pessoas com a minha idade trancafiadas em casa pra nada”

Dallari (1991) afirma: “há quem se sinta idoso com 40 anos de idade e outros não se sentem idosos aos 80 anos”. A avaliação da sua saúde e dos demais idosos é um fator subjetivo que depende muito do contexto socioeconômico em que se está inserido. Por se tratar de um grupo específico dentre a população idosa, já que são todos idosos ativos e participantes, os entrevistados deste estudo, em geral, demonstraram uma avaliação positiva de sua saúde e do seu bem-estar. Considerando que os sujeitos deste estudo permanecem ativos, não apenas exercendo a participação política, mas também realizando diversas outras atividades

em busca de um envelhecer saudável, o exercício da participação política foi apontado como um fator atrelado à avaliação positiva da saúde. Sendo assim, os idosos foram questionados sobre como enxergam a saúde dos demais idosos, se consideram que, assim como eles, se mantêm ativos e com bom estado geral de saúde.

De fato, atualmente há mais espaços na sociedade para a inserção dos idosos em diversas atividades e eles estão ocupando estes espaços, como é o caso dos grupos de terceira idade com diversos fins, como jogos, artesanato, dança, dentre outros. Porém, mesmo diante do incentivo (ainda que em lento crescimento) para que idosos mantenham-se ativos, há uma grande parcela que não se interessa por realizar qualquer tipo de atividade, mantendo-se em reclusão (AZEVEDO, 2003).

Pesquisadora: E a senhora vê outras pessoas da sua idade, outros idosos participando como a senhora participa?

Atena: São poucas pessoas, são poucas, poucas, poucas (...) e não, não tem quase... não sei... a pessoa acha que tá velha, não sei...

Olha, eu pelo menos vejo pessoas com a minha idade trancafiadas em casa pra nada. Sentam a bunda, desculpa, em cima de uma cadeira pra ver novela ou coisa assim tá. E... eu acho que eu sou um pouquinho mais irrequieto que muitos. (Quíron)

Os relatos de Atena e Quíron demonstram que eles próprios identificam o seu não pertencimento ao grupo majoritário de idosos, que ao perceber os efeitos do envelhecimento, se resignam a, simplesmente, serem velhos. Na fala de Atena fica claro que para ela, o que importa é a autoimagem e que isso define que, se o idoso se vê como velho, seguindo os padrões e pré-conceitos que giram em torno deste conceito, irá se comportar e encarar seu envelhecimento de forma mais passiva ou negativa. Desse modo, ambos avaliam que muitos idosos não procuram manter-se em atividade, relacionando o ócio com uma avaliação negativa da saúde.

De acordo com Weitz-Shapiro e Winters (2008), a literatura referente à qualidade de vida e participação política sugere que indivíduos envolvidos com atividades de participação se sentem mais satisfeitos com sua vida, não necessariamente pelos efeitos do seu envolvimento mas, muito mais, pelos sentimentos de autonomia e competência produzidos. Esse pressuposto faz ainda mais sentido quando pensamos nos efeitos da participação ou a falta desta na vida de idosos.

A participação traz um valor para a avaliação de saúde e qualidade de vida ao sugerir que estar apto para poder ajudar as pessoas, para conseguir sair do seu lar e influenciar o processo político é um forte condicionante do sentimento de bem-estar. Como exemplo disto, estudo realizado em um país onde o voto é facultativo aponta que indivíduos que votam nas eleições presidenciais expressam maior satisfação com suas vidas do que aqueles que não se engajam com a política (WEITZ-SHAPIRO, WINTERS, 2008). Esse fato é apontado pela avaliação que estes idosos têm da saúde de outras pessoas idosas que não estão participando em nenhum espaço da sociedade, supondo que sua saúde está melhor que a dos demais por se manterem ativos.

Porém, os espaços para que o idoso se mantenha em atividade, como já mencionado anteriormente, estão presentes na sociedade contemporânea, fato esse que também foi levado em consideração por uma idosa entrevistada:

Acho que a terceira idade agora ela faz exercícios, ela faz caminhadas, ela cuida na alimentação... eu tenho impressão que hoje o pessoal da terceira idade tá bem mais consciente de que... é um todo. Tanto alimentação, como, como os exercícios, inclusive até nos relacionamentos. Sabe, pessoal tem mais conhecimento hoje, em função também dos grupos da terceira idade (...) eu acho que isso pro idoso, eu não sei se todos, mas na maioria que eu conheço é assim, sabe. (Íris)

Além de reconhecer que a manutenção de atividades de lazer é um fator positivo para a saúde dos idosos, Íris reconhece que muitos idosos atualmente estão atentos a isso, procurando espaços onde possam encontrar prazer e ocupação. É possível que esta avaliação se dê devido às melhores condições socioeconômicas do grupo com o qual ela convive. Os melhores índices de educação e renda são elementos que, além de se mostrarem positivos para a avaliação de saúde, são definidores para a predisposição de idosos em buscarem o envelhecimento ativo (PASKULIN, 2007). Ainda, cidadãos com maior tempo de educação formal se mostram mais dispostos à participação política, visto que, em geral, estão mais capazes de entender os processos políticos e conviver em um contexto permeado por normas e conflitos deste tipo (GOERRES, 2007).

Por fim, os idosos também consideraram pontos subjetivos do próprio envelhecimento na maneira como podem interferir na avaliação de saúde de outros idosos:

Ah, tem pessoas que... não é que... tão... a pessoa muitas vezes se torna mais doente porque ela é muito pessimista. As pessoas não se preocupam com outra pessoa. (Atena)

Pessoas que têm, que vivem pior por falta, pela questão da qualidade de vida, que ela tá implícita em varias situações (...) com a própria dificuldade que as pessoas têm de se ambientarem em um novo sistema que se apresenta diariamente né. (Zéfiro)

Neste ponto, lembro-me da *Metamorfose*, livro de Franz Kafka (KAFKA, 2001). O protagonista da história, Gregor Samsa, acorda em uma manhã transformado em um grande inseto:

Numa manhã, ao despertar de sonhos inquietantes, Gregor Samsa deu por si na cama transformado num gigantesco inseto. Estava deitado sobre o dorso, tão duro que parecia revestido de metal, e, ao levantar um pouco a cabeça, divisou o arredondado ventre castanho dividido em duros segmentos arqueados, sobre o qual a colcha dificilmente mantinha a posição e estava a ponto de escorregar. Comparadas com o resto do corpo, as inúmeras pernas, que eram miseravelmente finas, agitavam-se desesperadamente diante de seus olhos.

Que me aconteceu? - pensou. Não era um sonho (p. 13).

A partir deste fato, a narrativa se dá em torno da readaptação de Gregor ao novo estilo de vida: a dificuldade em se adaptar ao novo corpo, o preconceito da família, que o esconde das visitas, a incapacidade de trabalhar, viajar, realizar atividades cotidianas. Por outro lado, o esforço em parecer 'normal' e a responsabilidade de trabalhar para garantir o sustento da família.

No desenrolar da trama, a família sofre um rearranjo, os pais e a irmã de Gregor passam a trabalhar, a família passa a viver com menos recursos financeiros, as relações familiares mudam. Gregor se isola de todos e passa maior parte dos seus dias trancafiado em seu quarto, levando a família a considerar tirá-lo da casa e mandá-lo para viver em outro lugar. Esse isolamento de Gregor, apesar da tristeza e do estranhamento em estar transformado em um inseto, traz certo conforto em não mais ter que trabalhar, conviver com a família e a sociedade. A morte de Gregor, no fim da novela, representa uma libertação para si mas, principalmente, para a família.

Da mesma forma, o estranhamento do idoso frente às suas incapacidades e aos seus limites expressam o fato de que essas perdas atuam sobre sua identidade, significando perda de autonomia e desesperança frente ao futuro. Assim, o idoso se vê entre sentimentos de confiança e desconfiança em relação ao seu corpo e mente,

podendo, como fuga, se isolar e, assim, se resignar a um estado de decadência da sua saúde (FONSECA *et al*, 2010).

Ao ouvir, ler e reler os relatos desses idosos, não pude evitar a analogia com a história de Gregor. O despertar e se perceber com um novo corpo, a adaptação aos limites deste corpo mutado, a vergonha e o preconceito enfrentados perante à sociedade, me remete aos sentimentos do envelhecer. Nesse sentido, mais uma vez reafirmo os benefícios da participação política na vida desses sujeitos, como uma maneira de fugir do isolamento e das dificuldades subjetivas vivenciadas.

5.5 “O controle social faz bem à saúde”

Então eu acho que a coisa funcionou sim, me atrapalhou sim, me estressou, mas... tudo isso é pouca coisa diante daquilo que eu acho que a gente ajuda construir. (Quíron)

Nesta categoria analiso quais as influências, positivas ou negativas, que o exercício da participação trouxe e tem trazido para a vida dos idosos e quais são suas perspectivas. É interessante observar que mesmo não se tratando de um questionamento relacionado à saúde e à autonomia, esses pontos voltaram ao discurso dos idosos ao falarem das consequências da participação:

Se eu não participasse tanto das coisas eu acho, eu não sei, eu acho até que tava entrevada. Sim porque aí tu *fica* em casa, socada dentro de casa, em cima de uma cama, talvez só dormindo. Então eu, pra mim, é muito importante (...) às vezes eu acho que talvez eu fosse também, aquela coisa de tu *ficar* te preocupando, aí doía. Agora não dou mais bola, não tenho tempo pra me preocupar comigo mesmo, com meu estômago. (Têmis)

No momento que tu te *torna* útil, você se sente útil, você *tá* trazendo um bem pra o seu interior né.. (...) é um dos benefícios eu diria, que no momento que você está participando, você está deixando de ter algum problema correlato aos que você tem. (Admeto)

Então eu acho que [a participação] ajuda muito a gente, eu me sinto bem sabe eu esqueço às vezes que eu sou enfartado. (Bóreas)

Os relatos de Têmis, Admeto e Bóreas ilustram o quanto a autonomia, o pertencimento, as capacidades físicas e mentais são importantes ao avaliar os benefícios que a atividade da participação traz para suas vidas. Isso reafirma dados

que já foram discutidos neste estudo de que a qualidade de vida e a saúde para a maioria dos idosos se baseiam muito mais no envelhecimento ativo e bem-sucedido e não apenas na ausência de doenças (PASKULIN *et al*, 2010). Ainda, segundo achados de Labra e Figueiredo (2002), os entrevistados reconhecem que a participação como conselheiros tem contribuído com seu sentimento de cidadania, se sentindo mais pertencentes à comunidade e responsáveis pela qualidade dos serviços de saúde.

Dentre as influências que a participação pode trazer para a vida dos indivíduos, talvez a maior delas, pensando-se em um plano individual, é o aumento da autonomia, que está correlacionado a sentimentos de independência, a uma mudança no comportamento social e à melhora da cognição (WEITZ-SHAPIRO, WINTERS, 2008). Nesse sentido, o aprendizado e a busca por conhecimento também foram apontados como influências positivas da participação:

Trabalho na população faz com que tu mude alguns critérios.. acadêmicos que tu tens, isso me ajudou porque pra mim era importante eu tomar um rumo na vida (...) então aí é um espaço pra mim de, de... de muita... muita oportunidade de tu poderes crescer! (Quíron)

Na verdade a gente vai aprendendo também sabe. A saber que ninguém é perfeito, nem eu, nem tu, ninguém né (...) e a saúde, vamos dizer, psíquica melhorou bastante. (Íris)

É um aprendizado muuuito bom (...) de todo tempo de vida que a gente teve, o que eu aprendi nesse tempo eu não teria aprendido vivendo 70, 80 anos, porque são caminhos que tu pega pra aprender que às vezes te ensinam mais né, que tu ficar dentro de casa lá recebendo informações da televisão. (Zéfiro)

Além da diminuição das capacidades físicas, também é um fato relacionado ao envelhecimento o declínio da capacidade cognitiva. Quando se fala de cognição, estamos tratando da esfera de funcionamento intelectual, que envolve o processo de armazenamento e processamento de informações que está relacionado ao pensamento e à memória. A capacidade cognitiva influencia no cotidiano das pessoas, pois relaciona-se ao raciocínio, avaliações e tomadas de decisões, comunicação e, conseqüentemente, interações sociais (SANTOS, FORONI, CHAVES, 2009).

Para os idosos, armazenar novas informações, elaborar, organizar e imaginar novos dados podem se tornar uma dificuldade importante, devido à diminuição da

cognição (GURIAN, 2002). O fato de os idosos estarem inseridos em espaços de lazer, exercícios físicos, escolas e demais atividades da vida diária que os ponham em contato com outras pessoas, principalmente de outras faixas etárias, pode ser um fator de proteção para sua função cognitiva (SOUZA *et al*, 2010). Estudos comprovam que idosos com maior escolaridade, ocupações intelectuais e maior sociabilidade apresentam melhor quadro cognitivo durante o envelhecimento do que aqueles que permanecem isolados e não têm o hábito de ler e aprender novos temas (NETO, 1997).

Considerando os relatos dos idosos deste estudo e os fatores condicionantes a uma melhora do estado cognitivo, percebe-se que a participação influencia positivamente suas vidas proporcionando um espaço que proporciona, além de disputas políticas, aprendizagem e exercício das capacidades mentais. De fato, muitos participantes de movimentos sociais dão ênfase ao aprendizado que ocorre durante a participação em diferentes espaços políticos, afirmando que somente a partir do engajamento podem tomar conhecimento do processo político no país. Durante a participação em diferentes atividades políticas, o sujeito passa por uma tomada de consciência e, assim, é esclarecido sobre as disputas políticas, se tornando um representante mais atento aos interesses da população e às formas de defendê-los (ESPIÑEIRA, TEIXEIRA, 2008).

Mas não só influências positivas foram apontadas pelos idosos. O esforço em sair do conforto de suas casas e participar de espaços conflituosos da política também acabam por trazer sentimentos negativos:

Porque eu considero trabalhoso pra mim é... redigir atas, pela dificuldade visual, de audição. (Admeto)

Tu *sabe* que no [nome do hospital] nós temos sessenta e poucas escadas pra subir, degraus.. pra ir num setor de reunião, uma vez por mês (...) sem elevador... naquele setor... 65, 67 degraus. (...) e eu desisti das reuniões. Eu tinha uma osteoporose e eu tinha muita dor nas minhas pernas. (Atena)

Como já foi apontado diversas vezes durante este estudo, a sociabilização dos idosos é um fator muito importante para a manutenção da sua qualidade de vida. Para que isso seja garantido, é necessário, além de outros tantos fatores, que os ambientes sociais sejam adequados para o grupo nessa faixa etária. Isso significa pensar em cidades livres de bloqueios arquitetônicos e que se organize de

modo a auxiliar o deslocamento, assegurando a inclusão das singularidades (NERI, 2007).

A OMS (2005) aponta que ambientes adequados à idade fazem a diferença para a independência ou dependência de pessoas de qualquer faixa etária, mas principalmente para os idosos, visto que têm maiores dificuldades físicas em geral. Isso também terá consequências no seu bem-estar, podendo ser definidor para o isolamento, a depressão ou, por outro lado, a sociabilidade e o exercício de atividades socioculturais.

Apesar de a acessibilidade ser um direito previsto em lei (BRASIL, 2006d), sendo uma responsabilidade do poder público garantir o acesso a locais públicos, ainda encontram-se hoje ambientes repletos de barreiras. Como nos relata Atena, o idoso se depara com locais construídos a fim de atender um público jovem e em plena forma física (PRADO, 2003) e, ainda, com práticas também pouco inclusivas, como a expressa por Admeto, em que mesmo os encontros e os documentos redigidos são dirigidos para pessoas sem dificuldades auditivas ou visuais. Dessa forma, os idosos adotam estratégias de compensação para essa dificuldade que podem culminar, como o caso de Atena, em desistência da tentativa de acesso, o que pode contribuir para o isolamento de idosos dentro de suas residências.

Outro fator negativo apontado pelos idosos, agora mais voltado ao exercício da participação política de fato, é a falta de informação da população em relação aos espaços da democracia deliberativa e, conseqüentemente, a falta de participação:

Eu muitas vezes desanimo dentro do, desses Conselhos, por falta de interesse da comunidade... que às vezes eu vejo que bater em... tentar malhar ferro frio, sem aquecer. (...) eu acho que o povo enquanto está sobrevivendo, não tem interesse em participar, só sabe exigir é...(...) você poderia ter muito mais direito, ou ter os direitos muito melhor ou... prestados, se você colaborasse com alguma coisa.. não é colaboração financeira e sim, participação na sociedade. A participação é fundamental! (Admeto)

Muito embora ela não faça, a coletividade é duro de trazer pra cá (...) esses 50% dos usuários é muito difícil de a gente conseguir, usuário nunca quer, nunca tem tempo, nunca.. acha que não vale a pena e que... enfim, é mais fácil dá uma entrevista pra [nome do jornal] criticando. (Prometeu)

A comunidade é, infelizmente, o ser humano no geral, eu digo a comunidade porque eu conheço aqui, o ser humano na verdade ele sabe cobrar mas ele não sabe participar, ele não sabe colaborar. Ainda tá faltando isso sabe (...) eles não se interam, eles não

participam disso aqui e te cobram todo dia quando te encontram!
Fazem aquela cobrança incisiva, como se tu tivesse a chave do, do
universo! É só girar e resolver e não é né? (Íris)

As queixas relatadas pelos idosos é um dado que, de fato, se comprova na realidade. De acordo com estudo realizado por Baquero (2009), na América Latina percebe-se um baixo grau de participação política. Porto Alegre ainda tem menor nível de participação quando comparada a Montevideo e Santiago do Chile, que ainda assim são cidades com pouca adesão da população, não ultrapassando um quarto dos entrevistados da pesquisa. O autor deste estudo aponta um motivo principal para esse fato: a não tradição de participação política na América Latina. Ainda aponta que é crescente o número de pessoas que se afastam dos espaços de participação por estarem descrentes de que seu engajamento possa alterar ou influenciar o cenário político e por estarem desconfiantes das instituições políticas.

Com o esvaziamento dos espaços políticos, aqueles que dedicam seu tempo para representar a comunidade sentem-se desestimulados a continuar cumprindo com sua função. Da mesma forma que os participantes que lutam por melhores condições para a comunidade se sentem prejudicados e desvalorizados ao se depararem com o descaso da administração pública e o cerceamento de seus direitos constitucionais, a ausência de outras pessoas da comunidade para lhes apoiar também faz com que seu trabalho deixe de fazer algum sentido (WEITZ-SHAPIRO, WINTERS, 2008).

Nos relatos de conselheiros, fica um duplo sentimento em relação a sua participação: se, por um lado a ausência das pessoas traz a sensação de obrigação em representá-las, também há a descrença no desenvolvimento de suas funções (GERSCHMAN, 2004). Essa situação de descaso da população traz sentimentos de angústia para os conselheiros, como foi anteriormente relatado neste estudo. Além de não ocuparem os espaços que são de direito da população, as cobranças para com aqueles que participam são incisivas, de acordo com os relatos, aumentando a carga de trabalho e a sensação de que suas atividades são uma obrigação. Dessa maneira, a participação deixa de ser uma atividade prazerosa e passa a ser um fardo para aqueles que estão representando suas comunidades.

Podemos observar no cenário político contemporâneo a desinformação da maioria da população em relação aos seus direitos e às maneiras de defendê-los. Isso ocasiona a fragilidade dos vínculos entre representantes e membros da

comunidade, pois a falta de clareza sobre o processo político gera falhas na comunicação entre a população. A participação política exige uma dedicação e um aprendizado constante, que muitos não têm interesse em manter e, assim, as lideranças escolhidas, geralmente mais experientes e informadas, acabam sendo sempre as mesmas pessoas (LABRA, 2009).

A desinformação de muitos cidadãos e a descrença nos processos participativos resultam em um abismo entre o poder público e a sociedade em geral. Essa situação foi expressa pelos entrevistados ao falarem sobre a relação com a figura de um governante que, ao seu ver, tornava o espaço do Conselho de Saúde menos democrático. Esse foi um ponto presente na maioria dos discursos, as falas a respeito desse caso surgiram justamente ao responderem ao questionamento das influências que a participação trazia para suas vidas, ao apontarem o quão negativa se mostrava essa relação com o secretário de Saúde do município:

Porque agora com... que era no tempo [*governo anterior*] né? Agora mudou, agora sim, acho que agora não vai ter mais, porque olha, nós sofremos. (Ártemis)

Nós fizemos um movimento grande no Conselho Municipal de Saúde, a coisa tava muito ruim com nosso outro secretário né. (Atena)

Tivemos aqui na secretaria uma fase muito ruim não é? Antes de chegar o atual secretário, o que antecedeu que... que mais prejudicou que ajudou (...) porque aquilo ali atrapalhou muito! Atrapalhou muito, era mal educado, destratava a gente.. e fez aquela porcaria toda e nós denunciemos. (Quíron)

Olha, era um... era um horror isso aqui, era um horror! Era terrível a gente trabalhar, bom vai ser daquele que voltarem de novo com governos mais alinhados. (Zéfiro)

O distanciamento entre governantes e representantes da comunidade aponta para uma concepção de democracia atrelada somente aos processos burocráticos e aumentando o desengajamento da participação política e a desconfiança nos instrumentos representativos. O descrédito nas instituições políticas está relacionado a este abismo existente entre o “cidadão comum” e as elites políticas, tendo em vista que, quanto maiores forem as diferenças econômicas e intelectuais, maior será a desconfiança impressa nas instituições (ESPIÑEIRA, TEIXEIRA, 2008).

As relações de poder entre governantes e governados são um problema que vai muito além do abuso da autoridade, envolvendo a dificuldade que os primeiros

expressam em se demonstrarem ‘cidadãos comuns’, aumentando a distância entre eles e a sociedade em geral. Dessa forma, os sujeitos participantes passam a avaliar que sua capacidade de influenciar nas decisões é irrisória, já que o governante não leva em consideração os seus interesses (ESPIÑEIRA, TEIXEIRA, 2008).

Contextualizando essa discussão para o cenário deste estudo, e a partir das falas acima, nos Conselhos de Saúde, que são espaços deliberativos, essa disputa de poder pode se tornar “injusta”, pois os participantes não se veem fortes o suficiente perante a autoridade do governante. Sendo assim, as deliberações do Conselho são permeadas pela vontade política dos mais poderosos e tendem a não responder às reais demandas da população, se tornando um motivo de angústia para aqueles que se esforçam para representar os interesses comuns.

Ao serem questionados em relação aos planos futuros de participação política, os relatos retomam várias questões apontadas durante este trabalho:

É... os meus futuros já não são tão futuros assim né, meu futuro de participação é o presente, eu nunca sei que que eu vou fazer amanhã. (Zéfiro)

Enquanto eu puder, eu vou estar aqui (...) olha, vou te falar uma coisa... até que o universo... ou que eu não possa mais... (Quíron)

Zéfiro e Quíron retomam a questão da finitude, de que já não têm planos para um futuro tão distante. Nesse sentido, apontam a vontade de aproveitar o momento presente e se dedicar para a participação enquanto é possível, sem se preocupar com que espaço ou atividade estarão ocupando e exercendo no futuro. São relatos despreocupados em relação à aproximação do fim da vida, mais focados no que seu corpo e mente ainda possam produzir para ajudar os outros, mesmo conscientes de que talvez não possam participar por muito tempo.

Vou continuar batalhando, trabalhando viu (...) eu não tenho ambição nenhuma, mas tenho vontade continuar, isso eu não escondo! (Bóreas)

A gente pretende trazer coisas novas né, dentro daquilo que for possível, no que tange à saúde, no que tange a atendimento, no que tange às demandas que tá faltando né (...) pra melhorar os serviços de atenção básica. E é isso, esse aí é o meu futuro. (Prometeu)

Os relatos de Prometeu e Bóreas remetem ao esforço que esses representantes fazem com o intuito de defender os interesses da comunidade. Muito

além de pensar em si próprios ou no bem-estar apenas dos seus familiares, fica claro o desejo de seguir participando para garantir que os interesses da comunidade sejam atendidos. Suas falas também reportam ao perfil dos cidadãos escolhidos para representar a comunidade, já que são pessoas com disposição de tempo e vontade de lutar pelas demandas do povo, querendo seguir com essas atividades pelo tempo que for possível.

Ah, enquanto eu tiver saúde e que me permitirem eu pretendo trabalhar nesse meio assim, enquanto me for permitido né. Se Deus quiser até, quero ter mais de 80, eu ainda quero... *hahaha* trabalhar (...) tomei gosto e adoro, espero viver bastantes anos pra poder colaborar. (Iris)

Atena: Ah eu vou continuar enquanto eu puder.. até os 80 anos.

Pesquisadora: Ah tem um plano até os 80...

Atena: Até 80.. acho que até 80 da pra encarar *hahaha* não, nós temos lugares de difícil acesso. (Atena)

Íris e Atena apontam novamente as dificuldades físicas provenientes do envelhecimento ao pensar em quanto podem atrapalhar seus planos futuros. Novamente remete-se ao paradoxo da perda de capacidades físicas *versus* o desejo de se manterem ativas e participantes. É interessante perceber uma diferenciação de gênero nos relatos em relação ao futuro, em que as mulheres apontaram maior preocupação quanto ao seu futuro e ao envelhecer, enquanto os homens demonstram mais tranquilidade. De modo geral, também é notável a projeção de um futuro até determinada idade, demonstra que a velhice é encarada de forma positiva, mas o fim da vida é vislumbrado, não diminuindo a vontade de viver e de se manter ativo, participando.

Por fim, ao refletir sobre como os idosos vislumbram planos futuros, fico com um relato tocante sobre a finitude:

Quando a gente chega nessa idade, a gente chega e aí entender (...) a gente aprende muito a respeito do que tu pode chamar de finitude. Finitude é quando tu começa a entender que tu tem fim, não existe mais a simbologia do infinito né, aquele 8 virado. Mas a finitude é uma realidade! A gente sabe, realmente é finito né, vai acabar num determinado momento né. E tu entender isso aí é uma coisa às vezes meio complicada, porque isso aí implica com uma série de, de motivos que até então tu não tinha como, como perspectiva né. Que eu tava pensando em viver, não em morrer né. E no momento que tu passa a entender que tu é mortal... tu começa a dar outro tipo de valor à vida. (Prometeu)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o crescimento da população idosa nos últimos anos, faz-se necessário a formulação de estratégias promotoras de saúde de indivíduos nessa faixa etária. Pensar em promoção da saúde não significa apenas atentar ao plano biológico, investindo em serviços de saúde tradicionais, medicamentos e hospitais e lares de idosos. Por outro lado, a promoção da saúde está muito mais relacionada a questões subjetivas, que garantam espaços de lazer, cultura, sociabilidade e satisfação com a vida em todas as etapas da vida, especialmente no envelhecimento. Muitas ações e espaços são pensados atualmente nesse sentido, proporcionando aos idosos a convivência com outras gerações e acessibilidade para espaços onde podem envelhecer de forma mais saudável e ativa.

Nesse sentido, os espaços de participação política, como os Conselhos de Saúde, se mostraram locais onde os idosos se mantêm ativos, desenvolvendo e estreitando relações e afirmando novo papel social, ao se identificarem como representantes dos interesses da população. Esses espaços diferem de outros locais de socialização para os idosos, pois exigem constante aprendizado e relações muitas vezes conflituosas, o que, por um lado, podem trazer angústias e dificuldades mas, por outro, ser benéfico e protetor quando possibilita a integração dos idosos e os desafia a permanecerem em atividades física e cognitiva.

Os nove idosos participantes deste estudo se mostraram muito ativos e engajados na participação política. São idosos que se esforçam para sair de suas casas, de combater a depressão, de compensar as perdas mentais e físicas do envelhecimento do corpo. Indo de encontro a uma tendência da população em se abster do processo político, são cidadãos comprometidos com a tentativa de influenciar a formulação de políticas e tomada de decisões governamentais, convictos de que estão cumprindo com seu objetivo de resguardar as demandas do povo.

As trajetórias de participação dos sujeitos do estudo demonstram seu comprometimento com o ato de representar a população. Percorrendo caminhos muito diferentes entre si, todos os idosos relataram o interesse na participação em uma trajetória que abrangeu diversas atividades que culminaram com sua identificação com a participação na área da Saúde. Esse fato evidenciou que não estão na condição de participantes no Conselho de Saúde 'por acaso', mas sim, são

sujeitos que sempre demonstraram interesse em conhecer mais sobre seus direitos e defendê-los nos espaços convenientes.

As motivações para o exercício da participação política também demonstram que os idosos, muito além de buscarem lazer e recreação, acreditam nos valores e crenças que adquiriram ao longo da vida e que a partir desses aprendizados devem participar para ajudar a si próprios, suas famílias e as comunidades onde residem. Ainda, a velhice e suas repercussões, como o isolamento social e a viuvez, se mostraram como estímulo para que buscassem um novo sentido para a vida, através da participação.

O envelhecimento para os idosos entrevistados é encarado, por um lado, como um período de dificuldades, em que não há mais vigor físico e mental para exercer as atividades até então desempenhadas, a deterioração da saúde causa muitas vezes angústia e tristeza. Porém, e muito mais notável em seus relatos, ficou claro que manter-se em atividade proporciona uma avaliação mais tranquila ou realista do envelhecer e da sua saúde. Da mesma forma, os idosos reafirmaram a importância da participação política na avaliação positiva de sua saúde, ao considerarem que outros idosos, que se abstêm dos espaços de participação não estão tão saudáveis ou tranquilos com o envelhecimento como eles.

Embora os idosos tenham apontado a participação política como uma atividade prazerosa e que os auxilia a enfrentarem o processo de envelhecimento, a falta de interesse da população, as disputas políticas com governantes e as dificuldades físicas advindas do envelhecimento são fatores que foram apontados como negativos nesse processo. Apesar das dificuldades apontadas, expressaram o desejo em seguir participando, tanto para sentirem-se úteis e ajudando os demais, como para seguirem sentindo-se mais vivos e ativos.

Tendo em vista o exposto, conclui-se que é de suma importância que seja incentivada a participação dos idosos nos diversos espaços da sociedade, não apenas naqueles políticos, mas locais em que os idosos possam conviver, sustentar sentimentos de bem-estar e autonomia. Inserindo-se em atividades sociais, políticas ou de lazer, os idosos tendem a apresentar melhor avaliação de sua saúde e do seu processo de envelhecimento, aumentando seu sentimento de pertencimento à sociedade e de autonomia em relação à própria vida.

A participação política se mostrou um fator protetor para a saúde dos idosos, garantindo atividade após a aposentadoria e prazer em estar desenvolvendo um

trabalho para a comunidade, ao mesmo tempo em que estimula o desenvolvimento cognitivo e o estabelecimento de novas relações sociais. Sendo assim, é pertinente apontar a necessidade de incentivo para que outros idosos passem a ocupar os espaços disponíveis de participação, pois foi possível notar que muitos deles não se acham capazes de exercer essa função.

Ao considerar a formulação de políticas e programas voltados para a população idosa, é necessário levar-se em consideração as particularidades desse período da vida, garantindo equidade no que diz respeito à acessibilidade aos locais e às relações estabelecidas nesses ambientes. Os idosos podem apresentar maiores dificuldades para acompanhar as atividades e as demandas exigidas mas, por outro lado, são indivíduos que carregam em si experiências e vivências que podem ser úteis e relevantes para o trabalho desenvolvido. Os gestores e profissionais de saúde são atores importantes no fomento dessas ações, de construção de espaços e atividades criativos que promovam a saúde dos idosos, auxiliando-os no propósito de um envelhecimento ativo.

Por fim, embora não tendo fim para essa reflexão, o prazer em ouvir desses idosos toda sua trajetória e toda a importância que a participação tem em suas vidas é indescritível. Contar suas histórias trouxe grande responsabilidade e, principalmente, satisfação em poder enxergar como é possível envelhecer com alegria e saúde, e o quanto a participação é central nesse processo. Espero, assim, poder continuar contribuindo com a construção do conhecimento acerca da temática e que outros pesquisadores da área deem continuidade aos seus estudos, pois acredito que estamos ajudando na construção e melhora do SUS.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. **Participação Social na Saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2010.
- AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. **Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 18 n.1, jan-fev. 2010.
- ALBERTI, V. **Manual de história oral.** Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.
- ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L. M. **A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, jan/mar. 2007.
- ANDERSEN, K. **Working Women and Political Participation, 1952-1972.** *American Journal of Political Science*, v. 19, n.3, 1975.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. **O controle social e a democratização da informação: um processo em construção.** *Rev. Latino-Am Enfermagem*, v. 11, n. 3, 2003.
- AZEVEDO, M. C. et al. **Envelhecimento e participação social.** *Acta Fisiátrica*, v. 10, n.3, 2003.
- BALDIN, C. B.; FORTES, V. L. F. **Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas.** *RBCEH, Passo Fundo*, v. 5, n.1, jan-jun. 2008.
- BAQUERO, M. **Democracia, participação e capital social no Brasil hoje.** In: FLEURY, S., LOBATO, L. V. C. (Org.) *Participação, Democracia e Saúde.* Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX.** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- BERGER, L. **Agir de acordo com as suas crenças e valores.** In: BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. *Pessoas idosas: uma abordagem global.* Lisboa: Lusodidacta, 1995.
- BIERNACKI, P.; WALDORF, D. **Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling.** *Sociological Methods & Research*, v. 10, n. 2, 1981.
- BOBBIO, N. et al. **Dicionário de Política.** Brasília: UnB, 2002.
- BORBA, J. **Ciência política.** Florianópolis: SEaD/UFSC, 2006.
- BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

BORGES, A. **Origem e papel dos sindicatos**. I Módulo do Curso Centralizado de Formação Política. Brasília: Escola Nacional de Formação da CONTAG – ENFOC., 2006.

BORGES, C. M. M. **Gestão participativa em organizações de idosos**: instrumento para a promoção da cidadania. In : Freitas, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2002.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei N. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set. 1990a.

_____. **Lei N. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 31 dez. 1990b.

_____. **Portaria N. 1.180 de julho de 1991**. Cria a comissão técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões de gerenciamento e financiamento do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 22 jul. 1991a.

_____. **Lei N. 8.213 de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 14 ago. 1991b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N. 33 de dezembro de 1992**. Aprova o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”. Gabinete do Ministro, 23 dez. 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Referências para o Controle Social** (Manual de Conselheiros). Brasília: Coordenação de Informação, Educação e Comunicação/Núcleo de Estudos em Saúde Pública, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. **Resolução N. 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília, 2. Ed., 2003.

_____. **Portaria N. 1.395 de 9 de dezembro de 1999**: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 13 Dez. 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução N. 333 de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Nacional, n. 236, seção 1, 4 dez. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 399**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Gabinete do Ministro, Brasília, 22 fev. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica n. 19, Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Decreto N. 5.839**. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 12 jul. 2006c.

_____. **Portaria N 2.528 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 19 out. 2006d.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Março de 1986. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.html>> Acesso em: jun 2010a.

_____. **Lei N. 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.html> Acesso em jun 2010b.

_____. **Lei N. 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.html>> Acesso em: jun 2010c.

CAMARANO, A.M. (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde**. In: CECILIO L. C. O. (org.) Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

CARVALHO, G. **A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, 2001.

CLARY, E. G.; SNYDER, M. **The Motivations to Volunteer: Theoretical and Practical Considerations**. American Psychological Society, v. 8, n. 5, out. 1999.

CORTES, S. M. V. **Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009a.

_____. **Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade**. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.) Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009b.

DACHS, N. W.; SANTOS, A. P. R. **Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, Rio de Janeiro, out-dez. 2006.

DAL RIO, M. C. **O trabalho voluntário: uma questão contemporânea e um espaço para o aposentado.** São Paulo: Senac, 2004.

DALLARI, D. A. **O Destino dos Velhos em nossa Sociedade.** *Rev. Terceira Idade, Serviço Social do Comércio (SESC), Administração Regional do Estado de São Paulo*, ano IV, v. 4, jul. 1991.

_____. **O que é participação política.** São Paulo: Brasiliense, 2004.

DEBERT, G.G. **Diversidade cultural e mudança social.** In: DEBERT, G.G. *A reinvenção da velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento.* São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2004.

DEPS, V. L. **Atividade e bem-estar psicológico na maturidade.** In: NERI, A. L. (Org.) *Qualidade de vida e idade madura.* Campinas: Papyrus, 1993.

DOLL, J. **Luto e viuvez na velhice.** In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro, 2002.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R., EDLER, F. C. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS.** In: LIMA, N. T. et al (org.) *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

ESPIÑEIRA, M. V., TEIXEIRA, H. **Democracia, movimentos sociais e nivelamento intelectual: considerações sobre a ampliação da participação política.** *Cad. CRH*, v. 21, n. 54, set-dez. 2008.

FERRARI, M. A. C. **Lazer, ocupação do tempo livre e programas da terceira idade.** In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de Gerontologia.* São Paulo: Atheneu, 2007.

FISCHER, L. R.; MUELLER, D. P.; COOPER, P. W. **Older volunteers: a discussion of the Minnesota Senior Study.** *The Gerontologist*, v. 31, n. 2, 1991.

FONSECA, M. G. U. P. et al. **Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso.** *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 1, 2010.

GALLEGOS, F. R. **Sociedad civil, participación y democracia en el nuevo contexto político latinoamericano.** In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.) *Participação, Democracia e Saúde.* Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

GERBER, A. S.; GREEN, D. P.; SHACHAR, R. **Voting May Be Habit-Forming: Evidence from a Randomized Field Experiment.** American Journal of Political Science, v. 47, n. 3, jul. 2003.

GERSCHMAN, S. **Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares.** Cad. Saúde Pública, v. 20, n. 6, nov-dez. 2004.

GIDDENS, A. **Sociologia.** Porto Alegre: ArtMed, 2005.

GLENN, N. D., GRIMES, M. **Ageing, Voting, and Political Interest.** American Sociological Review, v. 33, n. 4, ago. 1968.

GOERRES, A. **Why are Older People More Likely to Vote? The Impact of Ageing on Electoral Turnout in Europe.** British Journal of Politics and International Relations, v. 9, n. 1, 2007.

GOHN, M. da. G. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais.** Saúde e Sociedade, v. 13, n. 2, maio-ago. 2004.

GOLDIN, J. R. **Biética e envelhecimento.** In: FREITAS, E. V et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro, 2002.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v.3, 2002.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. **Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, 2006.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R., MACHADO, F. R. **Vozes da participação: Espaços, Resistências e o Poder da Informação.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2010.

GUIZZO, B.; KRIZMINSKI, C.; OLIVEIRA, D. **O software QSR NVivo 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 24, n. 1, 2003.

GURIAN, M. B. F. **Rastreamento cognitivo por instrumento baseado no MEEM em idosos não institucionalizados residentes em Batatais – SP.** [Dissertação Mestrado], Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2002.

HINCK, S. **The lived experience of oldest-old rural adults.** Qualitative Health Research, v. 14, n. 6, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050 Revisão 2008.** Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 24. Ministério do

Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2009.** Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 26. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio de Janeiro, 2009.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2012.** Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 29. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio de Janeiro, 2012a.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Síntese de indicadores 2011. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio de Janeiro, 2012b.

JENNINGS, M. K. **Another Look at the Life Cycle and Political Participation.** American Journal of Political Science, v. 23, n. 4, nov. 1979.

JORDÃO NETO, A. **Gerontologia básica.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

KAFKA, F. **A metamorfose.** Tradução: Marcelo Backes. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2001.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. **O envelhecimento da população mundial: um desafio novo.** Rev. Saúde Pública, v. 21, n. 3, 1987.

LABRA, M. E. **Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios.** In: LIMA, N. T. (Org.). Saúde e Democracia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. **Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial.** In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.) Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A de. **Associativismo, participação e cultura cívica.** O potencial dos conselhos de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, 2002.

LAVALLE, A. G.; CASTELLO, G. **As benesses desse mundo: associativismo religioso e inclusão socioeconômica.** Novos Estudos/CEBRAP, v. 68, mar. 2004.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O (Org.) **SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento – O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2003.

LIMA, N. T. et al (org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. **A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica.** In: LIMA, N. T. et al (org.) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LOPES, R. G. C. **Imagem e auto-imagem:** da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In: NERI, A. L. (Org.) Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

LUCCHIARI, D. H. **O que é Orientação Profissional?** In: LUCCHIARI D. H. (Org.) Pensando e vivendo a orientação profissional. São Paulo: Summus, 1993.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. **Redes sociais e construção de projetos terapêuticos:** um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 18, n. 2, maio-ago. 2007.

MARRE, J. L. **História de vida e método biográfico.** Cadernos de Sociologia, Porto Alegre, v. 3, n. 3, jan-jul. 1991.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status.** Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINS, P. C. et al. **Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil:** Matizes da Utopia. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008.

MAZO, G. Z. et al. **Do diagnóstico à ação: grupo de estudos da terceira idade:** alternativa para a promoção do envelhecimento ativo. Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 14, n. 1, 2009.

MELLO, G.; CARRARA, D. **Saúde Oficial, Medicina Popular.** Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.

MENEGHEL, S. N. **Histórias de Vida - notas e reflexões de pesquisa.** Athenea Digital, v. 12, 2007.

MENEGHEL, S. N. et al. **Histórias de Dor e de Vida:** oficinas de contadores de histórias. Saúde Soc. São Paulo, v. 17, n. 2, 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MITOLOGIA Grega. Disponível em: <<http://eventosmitologiagrega.blogspot.com.br>>. Acesso em: 30 out 2011.

MORAIS, E. P. **Envelhecimento no meio rural**: condições de vida, saúde e apoio dos idosos *mais velhos* de Encruzilhada do Sul – RS. [Tese Doutorado], Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2007.

MOROSINI, M. V. G. C.; REIS, J. R. F. (Org.) **Sociedade, estado e direito à saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NERI, A. L. (Org.) **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993.

NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (orgs.) **Velhice e sociedade**. Campinas: Papyrus, 1999.

NERI, A. L. (Org.) **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

NETO, G. J. **Queixas de memória e desempenho mnemônico e cognitivo entre idosos**. [Tese Doutorado], Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP; 1997.

O CURIOSO CASO de Benjamin Button. Direção: David Fincher. Produção: Frank Marshall. Roteiro de Eric Roth e Robin Swicord. Baseado na obra de F. Scott Fitzgerald. Los Angeles: Warner Brothers, 2009.

OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. **Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-2002**. Saúde e Sociedade, v. 18, n. 1, 2009.

OLIVEIRA, V. C. **Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde**. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 2, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, Plano de Ação Internacional**. Viena (AT): ONU, 1982.

_____. **Plano de ação internacional para o envelhecimento; 2002**. Tradução de Arlene Santos. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos Básicos. Genebra: OMS, 1946.

_____. **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS, 1986.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília (DF): OPAS, 2005.

PASKULIN, L. M. G. et al. **Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida**. Acta paul. Enferm, v. 23, n. 1, 2010.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. **Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre**. Rev Saúde Pública, v. 41, n. 5, 2007.

PAULIN, G. S. T.; OLIVEIRA, M. L. **Terapia Ocupacional no processo de envelhecimento e aposentadoria**: construção de espaços saudáveis. *O Mundo da Saúde*, v. 33, n. 2, 2009.

PILETTI, N. **Psicologia educacional**. São Paulo: Ática, 1984.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTELLA, M. R. **Grupos de terceira idade**: a construção da utopia do envelhecer saudável. Passo Fundo: UPF, 2004.

PORTO ALEGRE. **Lei N. 277**. Dispõe sobre o Conselho Municipal da Saúde de Porto Alegre. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 20 de maio de 1992.

_____. **Prefeitura Municipal de Porto Alegre**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/turismo/default.php?p_secao=256>. Acesso em jun. 2010.

_____. **Prefeitura Municipal de Porto Alegre**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/default.php?p_secao=1>. Acesso em jun. 2011.

PRADO, A. R. A. **Cidade livre de barreiras, acessível aos idosos**. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2007.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. S. **Família e adolescência**: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, v. 12, n. 2, maio/ago. 2007.

ROCHA, C. et al. **Como mulheres viúvas de terceira idade encaram a perda do companheiro**. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 2, n. 2, jul/dez. 2005.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. **Os desafios do envelhecimento no Brasil**. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro, 2002.

ROSA, T. E. C. et al. **Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos**. *Rev Saude Publica*, v. 37, n. 1, 2003.

SANTOS, P. L.; FORONI, P. M.; CHAVES, M. C. F. **Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento**. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 42, n. 1, 2009.

SHMOTKIN, D.; BLUMSTEIN, T.; MODAN, B. **Beyond keeping active**: concomitants of being in old-old age. *Psychology and Aging*, v. 18, n. 3, 2003.

SILVA, A. C. S.; SANTOS, I. **Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável**: aplicação da teoria de nola pender. *Texto Contexto Enferm*, v. 19, n. 4, out-dez. 2010.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; MEIRELES, B. S. **O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos**. *Texto Contexto Enferm*, v. 13, n. 1, jan-mar. 2004.

SOUZA, L. M. **Trabalho voluntário, saúde e qualidade de vida em idosos**. [Dissertação mestrado], Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

SOUZA, V. L. et al. **Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal**. *Rev. CEFAC*, v. 12, n. 2, mar/abr. 2010.

SPOSATI, A.; LOBO, E. **Social Control over Health Policies**. *Cad. Saúde Públ.*, v. 8, n. 4, oct/dec. 1992.

THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

VALLA, V. V. **Sobre participação popular**: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, Sup. 2, 1998.

VAN DETH, J. W. **Studying political participation**: towards a theory of everything? *Electronic Democracy: Mobilisation, Organisation and Participation via new ICTs*, Grenoble: abr, 2001.

VAN STRALEN, C. J. et al. **Conselhos de Saúde**: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, 2006.

VECCHIONE, M.; CAPRARA, G. V. **Personality determinants of political participation**: The contribution of traits and self-efficacy beliefs. *Elsevier Journal*, v. 46, 2009.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. **Representações sociais do envelhecimento**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 12, n. 2, 1999.

VENTURI, G.; BOKANY, V. **A velhice no Brasil**: contrastes entre o vivido e o imaginado. In: NERI, A. L. (Org.) *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

VERBA, S. **Thoughts About Political Equality. What is it? Why Do We Want it?**. Paper prepared for delivery at the Inequality Summer Institute, Harvard University, v. 13, n. 14, jun. 2001.

VERBA, S.; NIE, N. H. **Participation in America**: Political democracy and social equality. New York: Harper and Row, 1972.

VERBA, S.; SCHLOZMAN, K. L.; BRADY, H. **Voice and Equality**: Civic Voluntarism in American Politics. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

WEITZ-SHAPIRO, R., WINTERS, M. S. **Political Participation and Quality of Life**. Inter-American Development Bank - Research Department. Working Paper n. 638, jul. 2008.

WELCH, S. **Women as Political Animals?** A Test of Some Explanations for Male-Female Political Participation Differences. *American Journal of Political Science*, v. 21, n. 4, nov. 1977.

WILSON, J. **Volunteering**. *Annual Reviews of Sociology*, v. 26. 2000.

APÊNDICE A
Instrumento de Coleta das Informações

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PROJETO DE PESQUISA: PARTICIPAÇÃO, SAÚDE E ENVELHECIMENTO:
HISTÓRIAS DE PARTICIPANTES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**

PESQUISADORA: Bárbara Andres

PROFESSORA ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Eliane Pinheiro de Morais

Data da entrevista:

Entrevistador:

Nome do entrevistado:

Endereço:

Telefone de contato:

Horário de início da entrevista:

1. Dados para caracterização

1.1 Sexo

1.2 Idade atual

1.3 Situação de emprego

1.5 Com quem mora

1.5 Nível de escolaridade

1.6 Segmento que representa no CMS

1.7 Tempo que participa do CMS

2 Roteiro para entrevista história de vida

1. Desde quando o sr.(a) participa do Conselho Municipal de Saúde?
2. Como começou esta sua participação? Por que?
3. Além da participação neste Conselho, o sr. (a) participa de outras organizações?
4. Você já tinha história de participação política, social, comunitária, ou outra? Conte como foi sua trajetória.
5. Quais foram os espaços de participação que o sr.(a) ocupou?
6. O que o sr. (a) fazia lá, como eram as atividades?
7. O sr. (a) tem algum fato ou história particular que queira relatar desta participação?
8. Seus pais (cuidadores), familiares, exerciam alguma atividade de participação?
9. Quais os seus planos futuros de participação política?
10. Que consequências (tanto positivas quanto negativas) essa participação trouxe e tem trazido para sua vida?
11. O sr. (a) enfrenta dificuldades para participar?
12. Como o sr.(a) vê essa participação em relação a sua saúde?
13. Como o sr.(a) percebe sua saúde hoje com relação ao passado? E com relação a outras pessoas da sua idade?
14. O que é participação para o sr.(a)?

APÊNDICE B
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – ESCOLA DE
 ENFERMAGEM– PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹

**PROJETO DE PESQUISA: PARTICIPAÇÃO, SAÚDE E ENVELHECIMENTO:
 HISTÓRIAS DE PARTICIPANTES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
 PORTO ALEGRE**

PESQUISADORA: Bárbara Andres

PROFESSORA ORIENTADORA: Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Morais²

Eu _____ informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento ou coerção que a pesquisa: **Participação, saúde e envelhecimento: histórias de participantes do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre** de autoria de Bárbara Andres, tem como objetivo: analisar a experiência de participação das pessoas maiores de 60 anos e qual a relação desta com a sua vida. Fui informado e reconheço o desconforto de despertarem sentimentos até então não conhecidos por mim no desenrolar da entrevista e o benefício de contribuir incentivando a participação de outros idosos nos conselhos de saúde. Fui informado que para a coleta das informações serão realizadas entrevistas individuais com o objetivo de fornecer informações para a pesquisa. As informações serão gravadas em áudio e depois de transcritas e analisadas poderão ser divulgadas e publicadas, ficando a pesquisadora comprometida em apresentar o relatório final. Fui igualmente informado que tenho assegurado o direito de: receber resposta a todas as perguntas que desejar fazer sobre o desenvolvimento da pesquisa; retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem sofrer nenhum tipo de represália; não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa.

Porto Alegre _____ de 20__.

Nome do informante: _____.

Assinatura do informante: _____

* Endereço do Comitê de Ética/SMS: Rua Capitão Montanha, 27, 6º andar. Fone: (51) 32124623

¹ O teor deste documento foi inspirado na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. O termo será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

² Contato: Bárbara: (51) 98006990 e (51) 30846990; e-mail: babiandress@gmail.com. Eliane: (51) 92493295 email: epmorais@hotmail.com

ANEXO**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre****Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa****PARECER CONSUBSTANCIADO**

Pesquisador (a) Responsável: Eliane Pinheiro de Moraes

Registro do CEP: 604 **Processo N°.** 001.004604.11.3

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – Conselho Municipal de Saúde.

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.004604.11.3, referente ao projeto de pesquisa: “**Participação, saúde e envelhecimento: histórias de participantes do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre**”, tendo como pesquisador responsável Eliane Pinheiro de Moraes cujo objetivo é “Analisar a experiência de participação social dos idosos e sua influência no seu processo de envelhecimento e na sua saúde. Específico : - Caracterizar os idosos quanto a sexo, idade, situação de emprego, com quem mora, escolaridade e tempo que participa das reuniões do CMS de Porto Alegre; - Descrever a trajetória de participação social dos idosos e conhecer as motivações que os levaram à participação no CMS.”

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 22/02/2011

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP