

*POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA
IDOSA: INTEGRALIDADE E FRAGILIDADE
EM BIOPOLÍTICAS DO ENVELHECIMENTO*

Carine Aparecida Bernhard Duarte¹
Lisandra Espíndula Moreira²

resumo

Problematizar a velhice e a construção da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, são os objetivos deste artigo. Utiliza-se para esta problematização a biopolítica como exercício de regulação da vida, tanto dos indivíduos como das populações que visam aperfeiçoar as formas de ser e de viver. Os modos de promover saúde movimentam-se, produzindo formas singulares de habitar a velhice. A partir da análise do material, elencamos dois eixos de análise: a integralidade e a fragilidade do idoso. A integralidade aponta para a saúde não apenas no sentido de uma ação de controle e combate de doenças, mas para diferentes aspectos da vida do sujeito, já a noção de fragilidade, que permite um movimento de mapeamento e diferenciação interna da velhice,

1 Graduada em Psicologia. Especialista em Terapia Sistêmica pelo CEFI-POA. Autônoma, Psicóloga Clínica. E-mail: cari@airtonseguros.com.br

2 Graduada em Psicologia. Doutora em Psicologia. Professora Adjunta da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), vinculada a Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH). E-mail: lisandra.moreira@ip.ufal.br

busca oferecer uma atenção especial aos mais vulneráveis e fragilizados. Compreende-se que a PNSPI vai ao encontro biopolítico do sujeito, pois coloca os cuidados em saúde enquanto um problema populacional, constituindo um cuidado integral em saúde, ao mesmo tempo em que direciona seus cuidados ao idoso fragilizado.

palavras-chave

Idoso. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Integralidade. Fragilidade.

1 Introdução

*Eu vi muitos cabelos brancos
Na frente do artista
O tempo não pára e no entanto
Ele nunca envelhece...
Aquele que conhece o jogo
Do fogo das coisas que são
É o sol, é o tempo, é a estrada
É o pé e é o chão...
(VELOSO, 1978, s. p.).*

Tomamos como objeto de análise neste estudo a PNSPI buscando problematizar alguns pontos que a atravessam e constroem enunciados a respeito do envelhecimento³. Seria simples pensar que há uma Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e que a partir desta os idosos são atendidos em sua totalidade, porém isso suscita questionamentos. Nesse sentido, este trabalho visa problematizar, a partir da análise da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e seus atravessamentos⁴, como são constituídos os idosos, a velhice e a saúde nesse documento. Pensamos essa problematização enquanto a:

3 O presente trabalho surge do encontro de uma estudante que lançou o olhar para a questão da velhice no momento de realização do estágio curricular de Psicologia e uma professora que se interessava pela análise de políticas públicas.

4 Os atravessamentos são as demais políticas e leis que se articulam com a PNSPI, tais como: Lei Orgânica da Saúde, Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, entre outras que serão apresentadas no texto deste artigo.

[...] elaboração de um domínio de fatos, práticas e pensamentos que me parecem colocar problemas para a política [...] Jamais procurei analisar seja lá o que for do ponto de vista da política; mas sempre interrogar a política sobre o que ela tinha a dizer a respeito dos problemas com os quais ela se confrontava. Eu a interrogo sobre as posições que ela assume e as razões que ela dá para isso (FOUCAULT, 2010, p. 228-9).

A contextualização das linhas e saberes que compõem a PNSPI permite visualizar alguns jogos de poder, problematizando inclusive a noção de verdade. Não se trabalha com “a verdade” em relação a este grupo etário, mas como modo como são produzidas verdades a respeito dessa população e como são exercidas biopolíticas por meio da PNSPI:

Poderia chamar de “jogos de verdade”: ou seja, não a descoberta das coisas verdadeiras, mas as regras segundo as quais, a respeito de certas coisas, aquilo que um sujeito pode dizer decorre da questão do verdadeiro e do falso (FOUCAULT, 2010, p. 235).

Ao longo das leituras sobre a temática, percebemos que a articulação entre a velhice e as políticas públicas de saúde no Brasil é um tema extremamente rico e contemporâneo. As primeiras políticas criadas para esta população são datadas após a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e, se fizermos uma comparação com as idades do ser humano, as políticas para o idoso estão com dezoito anos, ou seja, atualmente estão ficando independentes, tomando corpo e sendo reconhecidas/compreendidas pela sociedade brasileira.

A análise da PNSPI aconteceu de forma conjunta com alguns de seus atravessadores. Este estudo inspira-se nas reflexões de Foucault, tomando-as como caixa de ferramentas⁵, e não como uma técnica de análise estável a ser aplicada. Nesse sentido, o rigor metodológico está na problematização coerente a partir do conceito de biopolítica e no exercício reflexivo que este produziu.

2 Fragmentos para uma revisão do tema

Será o problema muito importante, já no início do século XIX (na hora da industrialização), da velhice, do indivíduo que cai, em consequência, para fora do campo de capacidade, de atividade. [...] essa biopolítica vai introduzir não somente

5 “Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, que funcione. E não para si mesma.” (FOUCAULT, 2006, p. 71).

instituições de assistência (que existem faz muito tempo), mas mecanismos muito mais sutis, economicamente muito mais racionais do que a grande assistência, a um só tempo maciça e lacunar, que era essencialmente vinculada à Igreja. Vamos ter mecanismos mais sutis, mais racionais, de seguros, de poupança individual e coletiva, de seguridade, etc. (FOUCAULT, 1999, p. 291).

A PNSPI se faz relevante e emergente ao visualizarmos os dados encontrados durante pesquisa bibliográfica: aumento populacional, mudança nas dinâmicas familiares, uso de contraceptivos, a busca da qualificação da saúde com vistas ao envelhecimento e o compromisso brasileiro com a Assembleia Mundial para o Envelhecimento. As informações mapeiam aspectos importantes em relação à situação da população com mais de sessenta anos, acendendo desta forma um sinal de alerta para um dos locais onde o Estado⁶ deve atentar-se em relação à criação/atualização de políticas públicas e investimentos.

Sabe-se que a população idosa no Brasil está em crescimento. Nossa microrregião Lajeado-Estrela, RS, apresenta um crescimento acima da média do país: da década de 1970 até 2010 temos 14,8% de aumento da população idosa. No ano de 2009, a expectativa de vida ao nascer no Brasil era de 73,1 anos (69,4, homens, e 77,0, mulheres) e, no Rio Grande do Sul, a expectativa ao nascer era de 75,5 anos (71,9, homens, e 79,3, mulheres) (IBGE, 2009).

As informações sobre a atual situação das pessoas com mais de sessenta anos demonstram que “[...] esse segmento acabou por se transformar em uma nova problemática social e política para o país” (CORREA; FRANÇA; HASHIMOTO, 2010, p. 223) e merece atenção econômica, social, cultural e política. Reforçam-se no formato de leis e políticas os direitos aos idosos, conforme assegurado pelo Estatuto do Idoso, para que o mesmo tenha “[...] todas as oportunidades e facilidades, para preservação da saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2003, texto digital). Desta forma, o compromisso para com os sujeitos mais velhos é configurado como um dever que se estende a todas as esferas sociais - dever “da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público” (BRASIL, 2003, texto digital), cabendo principalmente ao Estado a promoção e a divulgação de garantias para essa população.

Os dados sobre crescimento da população vão construir certa imagem da população idosa, que também tem como produto a construção do próprio grupo descrito (idosos). Essa manobra que mapeia e produz um corpo de intervenção/controlado denominado população idosa é crucial para compreender

6 “[...] as políticas públicas são o Estado em ação. É o Estado implantando projetos (de governo) através de programas e ações voltados a parcelas específicas da sociedade.” (DHEIN, 2010, p. 17).

a biopolítica a esse corpo direcionada. Então, percebe-se que as políticas estão atentas às mudanças que ocorrem desde a criação da previdência social e políticas específicas para esse grupo.

Alguns fatores são apontados na compreensão do aumento da população idosa no Brasil, a partir da década de 1960, em especial, a migração das famílias das zonas rurais para as cidades, promovendo maior acesso aos programas de planejamento familiar e ao uso de métodos anticoncepcionais. Aumenta-se a longevidade e reduz-se de forma significativa a fecundidade, ao que se sente a necessidade da atenção especial ao processo de envelhecimento e ao idoso (BRASIL, 1999).

Para revisão bibliográfica, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)⁷, e como índice, optou-se pelos “títulos” e fonte a “Lilacs”. Os resultados, conforme os descritores, foram os seguintes: idoso (1.100), idoso e política (5), velhice (169), velhice e política (2), velho (71), terceira idade (238), política pública e idoso (0), política pública de saúde (48), Gerontologia (120) e Geriatria (151)⁸.

Os resultados apontaram para uma diversidade de estudos sobre os temas: em especial, violência e acidentes domésticos, práticas médicas, formação para atuar na área, cuidados ao idoso na atenção básica, cuidadores, doenças nesta etapa da vida e institucionalização. Aproximações com estudos de gênero e significações apareceram quando utilizada a palavra “velhice”. Na pesquisa referente às “políticas públicas de saúde”, foram encontrados temas referentes à redução de danos, amamentação, formação, reforma do Sistema Único de Saúde e ética. Chamou atenção o fato de não encontrarmos estudos quando cruzamos “política pública e idoso”, indicando a importância deste artigo, pois buscamos problematizar a velhice e a PNSPI.

Para a apresentação de alguns fragmentos desta revisão bibliográfica, privilegiamos os estudos que situam a velhice como um conceito construído e transformado historicamente, buscando compreender os sentidos e significados associados a essa fase da vida na contemporaneidade, bem como a forma pela qual é trabalhada por meio de políticas públicas que se referem ao idoso.

7 Pesquisas podem ser realizadas no seguinte endereço: <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>>.

8 Em relação à Geriatria e Gerontologia, a primeira produz estudos sobre doenças, sujeito asilado e formação na área, “compreendem-se os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde” (MOTTA, 2004, p. 82-83). Já a Gerontologia é uma “[...] disciplina multi e interdisciplinar cujo objetivo é o estudo das pessoas idosas, as características da velhice, o processo do envelhecimento e de seus determinantes biopsicossociais, capaz de fornecer uma atenção holística, integral [...]” (MOTTA, 2004, p. 82-83).

3 Significados de velhice e idoso

Problematizar a velhice vai além de aceitar ou contestar as informações apresentadas, pois possibilita pensar como esse conceito foi se transformando historicamente e como essa herança produz determinadas velhices hoje. Para Barros (2004, p. 134), “Na maior parte das sociedades, de modos diferentes, a velhice pendulou mesmo entre o conceito de repositório da experiência de vida, o da velhice útil, e o do fardo que se deve carregar com sacrifício”.

Rosa (2004) propõe uma diferenciação entre velhice e terceira idade. A terceira idade seria uma nova etapa da vida que deve ser apreciada de forma ativa, independente, com realizações e satisfações pessoais, já aos mais velhos, cabe a imagem tradicional de decadência física e cognitiva. O aparecimento da terceira idade pode ser pensado como uma possibilidade de romper com as imagens negativas em relação à velhice:

Diferentemente da “velhice”, a “terceira idade” se caracterizaria por ser uma fase da vida em que as pessoas aproveitariam intensamente o seu tempo, na busca de realizações pessoais. O lazer, os cuidados com o corpo e a saúde, a ampliação do círculo social e até mesmo o exercício da sexualidade parecem estar presentes nessas novas representações sociais do envelhecimento. Os termos são importantes: a “velhice” é substituída pela “terceira idade”, e os “velhos” tornam-se “idosos” (GROISMAN, 1999, p. 83-84).

De acordo com Rosa (2004, p. 29), as demarcações de estágios da vida atreladas a determinadas idades possuem o “[...] papel de padronizar e ordenar o curso de vida”. Porém, na pós-modernidade, essas caracterizações estariam perdendo espaço e promovendo uma maior diversidade. Segundo a autora, as manifestações físicas e cognitivas que antes demarcavam a velhice passam a ser distintas do processo de envelhecimento e com a não demarcação das idades, a velhice torna-se um mecanismo criativo e representa o fim das divisões pontuadas até então.

Apesar dessas ressalvas, questiona-se a importância atribuída às classificações e diferenciações da velhice. A velhice continua marcada negativamente e para que outros sentidos surjam, novas denominações colocam-se em contraponto ao termo anterior. Interessa, para esse estudo, a produção de sujeitos idosos a partir dessas novas designações que aparecem recheadas de prescrições, definindo modos de ser idoso.

Além disso, conforme Laranja (2004), atualmente privilegiam-se aspectos relacionados à juventude, como a conservação do tônus físico e a preservação da jovialidade. A velhice torna-se decadente e sem virtude no Brasil, ao contrário

das sociedades ocidentais tradicionais, que têm a pessoa madura como referência para julgamentos e decisões, sendo o estranhamento da morte uma das principais características de nossa sociedade:

[...] O estereótipo do idoso decrépito, doente e senil, cedeu lugar a outro estereótipo, impensável há algumas décadas, representado pelo idoso ativo [...]. O objetivo passa a ser o chamado “envelhecimento saudável” (ROSA, 2004, p. 30).

Para compreender melhor a construção desses sentidos em relação à velhice, é necessário pensar nas transformações históricas que as tornaram possíveis. Entender a velhice na atualidade é tomá-la como efeito de herança das marcas históricas. Conforme o Dicionário do Brasil Colonial (VAINFAS, 2001), durante o Brasil Colônia as mulheres envelheciam muito antes que os homens. Aos trinta anos, já estavam em aparente decadência, provavelmente pelo casamento precoce, sucessão de filhos e a vida sedentária. Os padrões morais e religiosos faziam com que a sociedade – tradicional e antiga – e a família cercassem de cuidados os velhos. A preocupação com os idosos não era balizada pela faixa etária à qual pertenciam, mas pelo desgaste com as tarefas do cotidiano e decadência aparente.

A partir do século XX, Groisman (1999) refere que se podem considerar três acontecimentos importantes na construção da velhice como grupo social: o surgimento das especialidades da Geriatria e Gerontologia no início do século XX, a incorporação de pensões e aposentadorias por idade e, por último, a existência de asilos de velhos. Segundo o autor, “as últimas décadas do século XIX e as primeiras do século XX, foi um momento privilegiado para as investigações sobre o tema” (GROISMAN, 1999, p. 69). No Brasil, as construções acerca do tema da velhice começam no início do século XIX. Groisman⁹ (1999), durante seus estudos sobre o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada (fundado em 1890 no Rio de Janeiro), refere que o local:

[...] era visto como uma espécie de “limbo”, onde a velhice se encontraria fora do tempo e do espaço: sacralizada, encontrava-se entre o céu e a terra; vista como degeneração, entre a vida e a morte; alienada do mundo, entre o passado e o presente (GROISMAN, 1999, p. 83).

Para Justo e Rozendo (2010), a instauração de espaços de convivência no final dos anos 1970 visavam o bem-estar social, a refuncionalização e a

9 Groisman (1999) realiza suas construções a partir da história do Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada (RJ). Justo e Rozendo (2010) trabalham com as ideias deste primeiro e também com as de Néri (1999), que se referem ao início do século XIX.

ocupação do tempo livre dos idosos. Alguns marcos foram importantes na diferenciação da velhice no cenário social e na produção de sentido acerca do envelhecimento: o asilo, a aposentadoria, a gerontologia e a geriatria.

O exercício de elencar pontos-chaves na constituição da velhice enquanto grupo social faz-se necessário para compreender o processo histórico pelo qual os idosos e seu grupo social passam. A velhice e suas diferentes nomeações não podem ser pensadas a partir de uma única verdade, mas como um conjunto de acontecimentos, uma construção plural, que tentamos apresentar nesta primeira parte do artigo por meio de alguns fragmentos.

4 A biopolítica enquanto ferramenta de análise

Com o auxílio das ferramentas foucaultianas, em especial a biopolítica, busca-se compreender as formas disciplinares e reguladoras direcionadas para a velhice atualmente. Buscamos “analisar como determinadas práticas foram historicamente produzindo rupturas, demarcações de campos discursivos e saberes sobre sujeitos, a partir de exercícios do poder. Portanto, não se trata de operar com o conceito, mas de olhar como as noções são construídas” (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 33).

Desta forma, buscamos compreender como o Estado, com a institucionalização de políticas, disciplina e legitima as formas de ser e estar das pessoas. Foucault (2009), ao contrapor o poder disciplinar ao antigo poder soberano, entende que “[...] o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte” (FOUCAULT, 2009, p. 150, grifo do autor). Assim, propõe-se problematizar a construção que a PNSPI e seus atravessamentos produzem. Ou seja, pensar a forma como o Estado, por meio da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, age sobre os corpos, disciplinando-os e exercendo um poder sobre a maneira pela qual a vida, ou melhor, a etapa na qual nos encontramos, deve ser conduzida.

Há constantemente um jogo entre Estado e sujeito. As reflexões, a partir da biopolítica, possibilitam lançar novas perguntas para esse campo. Estão inclusos questionamentos que permitem discorrer sobre as formas como o corpo idoso é regulado, afinal a Política normatiza certos modos de ser, “É um governo caracterizado por práticas de controle do corpo – legitimadas pela medicina – e por práticas sanitárias – legitimadas pelo discurso científico” (DHEIN, 2010, p. 21).

A biopolítica surge “[...] a fim de governar não somente os indivíduos por meio de certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto

dos vivos constituídos em população” (REVEL, 2005, p. 26). Dentro desta lógica, o investimento é para que a vida seja melhorada e a morte não seja uma possibilidade de escolha, mas a última instância:

[...] por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população*. (FOUCAULT, 2009, p. 152, grifo do autor).

Analisar uma política direcionada para a velhice é colocar em questão esse incessante investimento à vida, pois muitos dos seus significados a aproximam mais à morte do que à vida. Para Rosa (2004, p. 28-29), a velhice sempre exprime que algo se aproxima do fim: “[...] os seres vivos nascem, crescem, amadurecem e morrem.” Apesar de a velhice ter como “sombra” a proximidade com a morte – talvez exatamente por essa aproximação – intensificam-se os investimentos em uma velhice saudável, na produtividade do corpo velho. Nesse sentido, há uma construção da velhice não apenas como algo degradante, mas como uma oportunidade para realização de planos. De acordo com Foucault (2009, p. 152), a biopolítica se desenvolve “[...] pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida” e se dá nas mais variadas disciplinas:

Enquanto a nossa sociedade, a partir da década de 1970, cada vez mais buscava a juventude, especialmente na propaganda, homens e mulheres alcançavam a maturidade; enquanto idealizávamos o jovem como o padrão ideal, a sociedade também se aproximava da velhice (LARANJA, 2004, p. 37).

Laranja (2004) chama atenção para as técnicas que atenuam as marcas da idade – tintura para cobrir cabelos brancos, cirurgias plásticas e botox para suavizar as rugas – a velhice está fora de moda, não circula como forma de beleza. O investimento é em parecer jovem, ser jovem, ser ativo, estar vivo. “Com isso, o poder de morte tenderá a se deslocar ou, pelo menos, a se apoiar nas exigências de um poder que gere a vida e a se ordenar em função de seus reclamos” (FOUCAULT, 2009, p. 148). Nesses movimentos, a velhice é um alvo importante, não apenas na tentativa de apreensão da sua potência, mas no gerenciamento dela, ou ainda, na sua intensificação. Nos documentos produzidos para os idosos, estão descritas as possibilidades de como sociedade, família, Estado e o próprio idoso devem portar-se.

5 Atravessamentos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Tomamos como objeto de análise deste trabalho a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006b). Entretanto, para compreendê-la, foi necessário recorrer às leis e às políticas que a compõem, como pode ser visto no Quadro 1:

Quadro 1 – Documentos nacionais que atravessam a PNSPI.

Lei Orgânica da Saúde – nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	Discorre sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o funcionamento e a organização dos serviços correspondentes em todo território nacional.
Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros
Política Nacional do Idoso (PNI) – Lei nº 8.842, regulamentada pelo Decreto 1.948, de 03 de julho de 1996	Cria o Conselho do Idoso e tem “[...] por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994, texto digital). No campo da saúde, preconiza a prestação da assistência integral (prevenção, promoção, proteção e recuperação do idoso).
Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003	Tem por objetivo a promoção da saúde, manutenção da autonomia do sujeito e valorização das redes de suporte social. Assegura que o idoso tenha “[...] todas as oportunidades e facilidades, para preservação da saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2003, texto digital).
Pacto pela Saúde – Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006	Este documento é composto pelo Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida. Implica para a PNSPI especialmente o Pacto pela Vida, que faz referência aos aspectos prioritários que foram suscitados após análise situacional da saúde e tem como uma de suas seis prioridades a saúde do idoso, tendo como seu objetivo a implantação da PNSPI e a lógica da atenção integral que deve ser disponibilizada para este público (BRASIL, 2006a).

Fonte: Quadro elaborado pelos autores.

A PNSPI, além de ser uma revisão da Portaria nº 1.395, também carrega herança desses outros documentos. O resgate de marcas de outros documentos cumpre a necessidade de pensar sobre as condições de emergência e possibilidade dessa política e, com isso, problematizar os interesses que ela busca responder. A PNSPI vem para cumprir com algumas exigências nacionais e

internacionais. A reformulação da política de saúde para o idoso, por meio da elaboração da PNSPI, constitui-se enquanto um compromisso internacional a partir da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Madri, Espanha, em 2002. Essa parece se constituir em uma importante condição de emergência e definição de algumas características e diferenças em relação à política anterior. Na Assembleia de Madri, desenvolveu-se o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, composto por três orientações prioritárias: 1) pessoas idosas e o desenvolvimento, 2) promoção da saúde e do bem-estar na velhice, e 3) a criação de ambiente propício e favorável (ONU, 2003).

A partir da oficialização destes documentos, a velhice torna-se mais visível para a sociedade. Segundo Lebrão, Louvison e Duarte (2008), o envelhecimento populacional pode ser visto como uma vitória, mas representa um problema para o governo, visto que novas políticas públicas precisam ser elaboradas. A longevidade exige ajustes nas esferas privada e pública, transformações sociais, culturais e econômicas. Para Correa, França e Hashimoto (2010), há uma série de implicações com o aumento da expectativa de vida, entre as quais está o aumento dos gastos com os idosos na saúde pública.

Com esta breve contextualização, reforça-se que a pesquisa foi construída a partir de uma análise documental. O objetivo principal é problematizar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, como um instrumento biopolítico que investe nos corpos, construindo sujeitos idosos na articulação com a noção de saúde.

6 A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: integralidade e fragilidade em análise

A Política nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 é composta por diretrizes e tem por finalidade “[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim” (BRASIL, 2006b, texto digital). A lei reconhece desafios a enfrentar: carência de estruturas de cuidado intermediário entre a alta hospitalar e a ida para casa, o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar, e a insuficiência de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento no processo de envelhecimento e do idoso (BRASIL, 2006b). Para dar conta destes desafios, a PNSPI propõe nove diretrizes a fim de promover atenção integral e integrada conjuntamente com a promoção do envelhecimento ativo e saudável:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa. (BRASIL, 2006b, texto digital).

Fica clara a fusão que ocorre entre o SUS e a PNSPI quando ambas referem ser universais. Nesse ponto, a universalidade associada à equidade possibilita um acesso diferenciado às pessoas mais necessitadas e carentes, minimizando as condições que as posicionam desigualmente.

A PNSPI, assim como o SUS, prima pela promoção e pela recuperação em saúde. A promoção faz referência ao direito a condições de vida digna, atividade física, educação, paz, lazer, alimentação, cultura, arte, ambiente saudável, boas condições de moradia, entre outros, já a recuperação em saúde é propiciada por meio da formação de equipe qualificada para diagnóstico precoce, tratamento e limitações da lesão (PAIM, 2009). Permite-se pensar que a proposta da PNSPI “Supõe atuar sobre as ‘causas das causas’, ou seja, os determinantes socioambientais, cultivando o bem-estar e a qualidade de vida” (PAIM, 2009, p. 46). A partir destes preceitos, podemos dizer que saímos da construção biomédica da primeira Política (criada em 1999) para uma Política preocupada também com a integralidade do sujeito idoso, assegurada pelo Sistema Único de Saúde. Essa transição de uma visão biomédica para a inserção do cuidado integral não é isolada. Ceccim e Carvalho (2006) referem que, durante os séculos XIX e XX, predominou o saber biologicista, colocando os hospitais como o lugar da doença e da cura, e o local apropriado para formação em saúde. Porém, esta construção provocou uma miscelânea, existente ainda hoje, entre saúde e doença.

Para Foucault (1999), a medicina biologicista irá regulamentar os modos de fazer saúde até o início do século XX e o poder que aí está contido auxiliará a população e o Estado na valorização da vida:

A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar [...] Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, dizer pelo menos que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo a população, mediante o

jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação de outra (FOUCAULT, 1999, p. 302).

Assim, problematiza-se uma biopolítica da vida, pois a norma irá tomá-la enquanto objeto de desejo. *Deixar morrer e fazer viver* torna-se um ideal social. Prolongar a duração da vida, multiplicar possibilidades e compensar suas deficiências é uma forma de regulamentar os modos de ser dos idosos. A partir da biopolítica, normatiza-se não apenas os indivíduos por meio disciplinar, mas também o conjunto de sujeitos de um mesmo contexto. Normatiza-se, então, a saúde e sua(s) forma(s).

A partir desta breve descrição, analisa-se a PNSPI por meio de dois movimentos tomados como relevantes na construção da política de saúde do idoso e, portanto, na produção desse sujeito: a importância conferida à integralidade da atenção e do cuidado e a atenção programadas às questões da capacidade funcional e fragilidade do idoso.

7 Integralidade no cuidado em saúde: uma bandeira de luta

A integralidade da atenção compreende o sujeito como multiplicidade, um ser complexo, que se constitui a partir de infinitos emaranhados: “Representa uma inovação nos modos de cuidar das pessoas e de buscar soluções adequadas para os problemas e necessidades de saúde da população de um bairro ou de uma cidade” (PAIM, 2009, p. 50). A Política não define o que entende por integralidade, mas aponta para a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, que “deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades” (BRASIL, 2006b, texto digital). Além disso, aponta as diretrizes para o SUS:

[...] a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (MATTOS, 2006, p. 45).

O sujeito não é apenas uma patologia, ele é biopsicossocial. Por este motivo, a integralidade não poderia ser determinada (endurecida) em um conceito. A integralidade é um valor a ser sustentado e defendido, que deve

ser expresso nas práticas em saúde, por meio da prevenção, da promoção e da recuperação do sujeito. O conceito, na PNSPI, faz-se sustentado no cuidado integral ao idoso, e caberia ao profissional do sistema “o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações” (CECCIM; CARVALHO, 2006, p. 78).

Com vistas ao atendimento humanizado e qualificado, a PNSPI propõe um atendimento integral, intersetorial e interdisciplinar. A Política em questão posiciona o olhar do Estado e da sociedade sob as diferentes formas de ser idoso e de habitar esta etapa da vida. A velhice no Brasil é múltipla e a integralidade possibilita que os modos de promover saúde nas diferentes regiões do Brasil aconteçam de forma peculiar, respeitando as características de cada região e de cada sujeito idoso.

A PNSPI inscreve-se na lógica da integralidade, prima pelas peculiaridades de cada sujeito com mais de 70 anos, pois considera a população idosa heterogênea e com diferentes questões. A integralidade da atenção, bem como a PNSPI, prevê a capacitação dos profissionais de saúde, para que se consiga realizar uma abordagem interdisciplinar, multidimensional e global, que considere a interação entre os fatores psicológicos, físicos, sociais e ambientais do idoso (BRASIL, 2006b):

[...] temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população, que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso em compensar seus efeitos. (FOUCAULT, 1999, p. 298).

A PNSPI pode ser pensada enquanto ferramenta biopolítica, pois organiza e prevê as formas como a saúde dos idosos será trabalhada, como a vida será delineada. Nesse sentido, a integralidade pode ser tomada como uma estratégia biopolítica mais difusa e talvez mais intensa que a estratégia biologicista anteriormente hegemônica. As ações de saúde não se limitam mais aos contornos das doenças, mas transbordam para as inúmeras instâncias da vida dos sujeitos, incidindo sobre os modos de viver e, nesse caso, sobre os modos de envelhecer.

A análise possibilita pensar a transformação – de um modelo biologicista para o modelo da integralidade. Para Deleuze (1992), há um processo de dispersão do poder nas sociedades contemporâneas. Se anteriormente o poder disciplinar se exercia no corpo, atualmente o poder se exerce de forma mais difusa, como um controle permanente, intenso. Esta problematização não tem

como definir as transformações propostas pela PNSPI – em especial o foco na integralidade – como uma melhoria ou um atraso na atenção à saúde do idoso. Cabe destacar o modo como essas transformações são construídas e argumentadas nesse documento e os efeitos biopolíticos delas na produção dos idosos:

A nova medicina “sem médico nem doente”, que resgata doentes potenciais e sujeitos à risco, que de modo algum demonstra progresso em direção à individualização, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria “dividual” a ser controlada (DELEUZE, 1992, p. 225).

Nesse sentido, o idoso produzido pela PNSPI carrega a marca de uma visão de saúde problematizada a partir da integralidade. É um sujeito que precisa ser constantemente pensado para além do somatório de doenças que carrega, sendo interpelado no seu modo de viver e envelhecer de forma muito mais ampla em diferentes aspectos de sua existência. Essa perspectiva de saúde também acarreta efeitos importantes nos agentes dessa política, pois exige desses profissionais ações inter-relacionadas e complexas. Desta forma, os envolvidos na propagação e articulação da PNSPI devem ter um cuidado para que seu sentido, de cuidado ao idoso, não se esvazie.

8 Fragilidade: uma questão de variáveis

A PNSPI apresenta uma intensa preocupação com a (in)capacidade funcional e com o sujeito frágil em seu texto. A PNSPI refere, enquanto fragilidade, o idoso que apresenta algum tipo de dependência, sendo ela física, psíquica ou cognitiva e, portanto, está vulnerável e, de certa forma, dependente (BRASIL, 2006b).

De acordo com a Política, a perda da capacidade funcional é descrita por meio das incapacidades que podem ser percebidas se o idoso demonstrar dificuldade em realizar atividades básicas da vida diária (tomar banho, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, vestir-se, ser continente e alimentar-se com a própria mão) ou ao apresentar dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária (preparar refeições, fazer compras, usar o telefone, controlar a própria medicação, controlar o próprio dinheiro, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva). Classificam-se os idosos com estas dificuldades como dependentes:

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI¹⁰, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qual-

10 Instituição de Longa Permanência para Idosos.

quer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças degenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontre-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2006b, texto digital, grifo nosso).

As leituras sobre fragilidade demonstram que este é um “tema alvo” das políticas públicas de saúde, visto que se refere aos idosos que mais necessitam de cuidados intersetoriais, interdisciplinares e integrais. Além disso, com o aumento desta população o número de idosos com algum tipo de fragilidade tende a crescer (LOURENÇO, 2008; LINCK; CROSSETTI, 2011; FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008):

O envelhecimento humano é marcado por alterações fisiológicas, que ocorrem de maneira diferenciada, em maior ou menor intensidade, em todos os aparelhos e sistemas [...] o idoso, quando visto do ponto de vista individual, carrega a sua própria velhice, única e singular. (LOURENÇO, 2008, p. 22).

Entende-se que a proposta da PNSPI e dos profissionais de saúde baseia-se na preservação da autonomia e na independência do idoso, promovendo cuidados em saúde que preservem sua capacidade de decisão e a execução de tarefas de autocuidado e de relação com a sociedade (LOURENÇO, 2008):

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção – primária, secundária e terciária –, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. (BRASIL, 2006b, texto digital).

Compreende-se, então, que a condição funcional varia em gravidade e de acordo com o grupo no qual o idoso está inserido. Entre as quais, pode-se destacar a idade e a questão de gênero. A idade pode ser considerada o principal fator, sendo os idosos com idade superior aos 75 (setenta e cinco) anos os mais propensos a ter algum tipo de comprometimento (BRASIL, 2006b; LOURENÇO, 2008; GOMES, 2010; COSTA E SILVA et al., 2011). Outra variável é a questão de gênero, pois 55,53% (cinquenta e cinco vírgula cinquenta e três por cento) da população com 60 (sessenta) anos ou mais no Brasil são mulheres (BRASIL, 2010). Sendo assim “As mulheres são a maioria em grupo de idosos

e, apesar de terem maior expectativa de vida, apresentam maiores limitações ou maior perda da capacidade funcional” (COSTA E SILVA et. al., 2011, p. 1141).

Um ponto interessante a se pensar é que na categoria “idoso” o estado de fragilidade, descrito de forma genérica, passa a receber contornos e diferenciações. Em termos de fragilidade, os idosos não são todos iguais. O que antes bastava para diferenciar essa população do restante (idade igual ou superior a 70 anos) já não basta para explicar as diferenças internas à velhice. Há idosos e idosos, ou melhor, há idosos e idosos mais idosos (idade superior a setenta e cinco anos) e há idosos e idosas, ou seja, uma questão de gênero e cultura, que vai além da idade cronológica .

É considerado frágil o sujeito dependente de outros ou sob risco de dependência, o idoso com perdas de reservas fisiológicas ou com muitas doenças crônicas, e o sujeito com envelhecimento acelerado (LOURENÇO, 2008). Para Gomes (2010), a fragilidade pode ser considerada quando há aumento da vulnerabilidade a agentes estressores e/ou redução da habilidade da homeostasia após evento desestabilizante. Mesmo com certa multiplicidade de conceitos, a PNSPI trabalha com uma visão próxima à canadense, na qual a incapacidade “deve ser entendida como dificuldade ou dependência para desenvolver atividades essenciais para viver independente e com autonomia” (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008).

Mesmo sem consenso, há um esforço da Política em construir uma “modelagem que se produz do interior a partir de um processo de normalização e adaptação cuja finalidade é criar uma homogeneização dos modos de existência” (NARDI; SILVA, 2009, p. 147). Ao propor certas ideias sobre fragilidade, a Política normatiza e sustenta modos de ser. A PNSPI coloca foco sobre as questões de saúde do idoso e as formas como estas podem se efetivar (ou não), ou seja, abre-se um rol de prescrições para os sujeitos e para os serviços de saúde. Por meio da noção de fragilidade, a velhice é desmembrada, diferenciada em relação a si mesma, com o intuito de oferecer uma atenção especial aos mais vulneráveis e fragilizados.

9 Considerações finais: atenção integral à saúde do idoso frágil

Buscamos com este estudo conhecer o idoso constituído pela e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a partir de uma problematização biopolítica da velhice, do idoso e da própria PNSPI. A Política institui um regime de verdade ao elencar termos e maneiras de fomentar a atenção à saúde do idoso e destacamos alguns enunciados que a relacionam com as noções de

integralidade e fragilidade. Ao autorizar uma prática em saúde, também se promove um jeito de ser idoso, uma biopolítica.

A PNSPI reconhece a heterogeneidade da população idosa, com demandas diferenciadas em relação à moradia, aos cuidados em saúde, em termos etários e socioeconômicos (BRASIL, 2006b). Percebe-se que em função desta diversidade social, a Política coloca o cuidado integral e interdisciplinar como principal prática em saúde, permitindo que as singularidades apresentem-se e sejam trabalhadas. Pode-se afirmar que “O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas” (BRASIL, 2006b, texto digital), visto que as diferentes formas de ser idoso habitam a velhice.

Colocar em análise a PNSPI é uma forma de reconhecer a importância dessa temática e de permanecer vigilante em relação à “produção” de idosos nos espaços de saúde. Por meio desta política, o Estado fica responsável por dar conta das carências em saúde, sem deixar de lado áreas que exigem atenção há mais tempo:

O prolongamento da vida humana é um ganho social coletivo, mas também encerra em si um perigo, um risco, uma ameaça à reprodução da vida social, pois os custos da aposentadoria e assistência médica são vistos como indicadores da inviabilidade de um sistema que futuramente não poderá arcar com os gastos de atendimento, mesmo quando a qualidade dos serviços é geralmente precária, como no caso dos brasileiros [...] viver a velhice no contexto atual da pós-modernidade pode tornar-se ao mesmo tempo uma experiência rica ou extremamente ameaçadora (ROSA, 2004, p. 31).

A Política engloba um conjunto de ações voltadas para a saúde com vistas ao cuidado integral e principalmente à prevenção e tratamento relacionadas com a (in)capacidade funcional do idoso. O processo de envelhecimento passa a ser questão para toda sociedade. A PNSPI é uma ferramenta do Estado para garantir os direitos em saúde do sujeito idoso conjuntamente com outras políticas e leis, ao mesmo tempo em que é uma forma de exercer poder sobre os corpos transmitindo para a população e sociedade a ideia de *fazer viver e deixar morrer*, promovendo assim uma administração da vida (FARHI NETO, 2010). Desta forma “A biopolítica aparece como a prática política de apreensão social dos corpos dos indivíduos, no capitalismo; e a medicina, como instrumento desse controle político” (FARHI NETO, 2010, p. 30).

Portanto, com esta análise, é possível afirmar que a PNSPI “lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de

poder” (FOUCAULT, 1999, p. 292-293). Assim, a Política Nacional de Saúde da Pessoa constrói-se pela lógica da integralidade da atenção, o que possibilita uma abertura às singularidades do idoso; por outro lado, restringe-se ao dar foco às questões da fragilidade e da capacidade funcional do idoso. Nesse sentido, é um instrumento importante para o Estado e para a sociedade, pois é a partir dela que o Estado consegue regular modos de ser e é a partir da PNSPI que os idosos conseguem assegurar seus direitos em saúde.

BRAZILIAN HEALTH POLICY FOR THE ELDERLY: INTEGRALITY AND FRAGILITY IN AGING BIOPOLICIES

abstract

The purpose of this article is to analyze the problems of old age and the National Health Policy for the Elderly - Ordinance No. 2528, October 19, 2006. For this analysis we used the concept of biopolitics as an exercise of regulating the lives of individuals and the population. From the analysis of the material chosen two points: the integrality and the fragility of the elderly. Integrality points to the health not only as the control and prevention of diseases but also to improve different aspects of life. The notion of fragility allows you to map and differentiate old age itself and thereby provide a special attention to the most vulnerable and fragile. The PNSPI acts of bio-political way, producing statements about old age, places the care in health as a problem of the population, providing an integral attention but targets its assistance to the frail elderly.

keywords

Elderly. Health National Policy of Elderly People. Integrality. Fragility.

referências

BARROS, Orlando de. Os velhos e os velhacos. In: LEMOS, Maria Teresa Toríbio Brittes; ZAGAGLIA, Rosângela Alcântara (Org.). *A arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade, Estatuto do Idoso*. Aparecida: Idéias & Letras; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 133-148.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 06 de abr. 2012.

_____. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 06 abr. 2012.

_____. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2012.

_____. *Estatuto do Idoso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 06 abr. 2012.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 06 abr. 2012.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS, 2006. p. 69-92.

CORREA, Mariele Rodrigues; FRANÇA, Sônia Aparecida Moreira; HASHIMOTO, Francisco. Políticas públicas: a construção de imagens e sentidos para o envelhecimento humano. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 219-238, dez. 2010.

COSTA E SILVA, Maria do Desterro da et al. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1137-1144, dez. 2011.

DEBERT, Guita Grin. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin. (Orgs.). *Velhice e sociedade*. 2. ed. Campinas: Papirus, 1999.

DELEUZE, Gilles. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: _____. *Conversações (1972-1990)*. Tradução de Peter Pal Pelbart. São Paulo: 34, 1992. p. 219-225. Tradução de: Pourparlers. (*Post-scriptum* originalmente publicado em *L'Autre Journal*, n. 1, mai 1990).

DHEIN, Gisele. *PAUSA! Clínica. Clínica política. Clínica ampliada: a produção do sujeito autônomo*. 2010. 190 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

FABRÍCIO, Suzete Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 113-119, abr./jun. 2008.

FARHI NETO, Leon. *Biopolíticas: as formulações de Foucault*. Florianópolis: Cidade Futura, 2010. 208 p.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 385 p.

_____. *Microfísica do poder*. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006. 295 p.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: A vontade de saber*. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009. v. 1, 176 p.

_____. *Ética, sexualidade, política*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. 326 p.

GOMES, Grace Angélica de Oliveira. Fragilidade biológica, resiliência psicológica e atividade física. *Revista Kairós*, São Paulo, Caderno Temático 7, p. 41-50, jun. 2010.

GROISMAN, Daniel. Asilos de velhos: passado e presente. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 2, p. 67-87, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Tábuas Completas de Mortalidade 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/default.shtm>>. Acesso em: 07 abr. 2012.

_____. Censo Demográfico 2010: Resultados do universo – Características da População e dos Domicílios. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010universo.asp?o=7&i=P>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

JUSTO, José Sterza; ROZENDO, Adriano da Silva. A velhice no Estatuto do Idoso. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 471-489, 2. quadr. 2010.

LARANJA, Anselmo Laghi. Estatuto do Idoso: ampliação e alargamento dos direitos humanos na sociedade brasileira. In: LEMOS, Maria Teresa Toríbio Brittes; ZAGAGLIA, Rosângela Alcântara (Org.). *A arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade*, Estatuto do Idoso. Aparecida: Idéias & Letras; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 35-50.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LOUVISON, Marília Cristina Prado; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. A regulação da saúde suplementar e o Direito da pessoa idosa à assistência à saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 191-206, jul./out. 2008.

LINCK, Caroline de Leon; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 385-393, jun. 2011.

LOURENÇO, Roberto A. A síndrome da fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 21-29, jun. 2008.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2006. p. 43-68.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, jan./abr. 2009.

MOTTA, Luciana Branco da. A constituição da gerontologia e da geriatria como campos de conhecimento interdisciplinar: o desafio da formação profissional. In: LEMOS, Maria Teresa Toríbio Brittes; ZAGAGLIA, Rosângela Alcântara (Org.). *A arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade*, Estatuto do Idoso. Aparecida: Idéias & Letras; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 81-94.

NARDI, Henrique Caetano; SILVA, Rosane Neves da. Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In: GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; HUNING, Simone Maria (Org.). *Foucault e a psicologia*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. p. 143-158.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento*. Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf>. Acesso em: 13 set. 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p.

REVEL, Judith. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. Tradução de Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez e Carlo Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005. 96 p.

ROSA, Ana Lucia Cardoso de Santa. O Envelhecimento na pós-modernidade. In: LEMOS, Maria Teresa Toríbio Brittes; ZAGAGLIA, Rosângela Alcântara (Org.). *A arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade, Estatuto do Idoso*. Aparecida: Idéias & Letras; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 21-34.

VAINFAS, Ronaldo (Org.). *Dicionário do Brasil Colonial (1500-1808)*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 599 p.

VELOSO, Caetano. *Força Estranha*. 1978. Disponível em: <<http://letras.mus.br/caetano-veloso/44727/>>. Acesso em: 30 set. 2012.

Recebido: 14/04/2015

Aceite Final: 18/04/2016