

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - QUESTÃO SOCIAL, TERRITÓRIO, POLÍTICA  
SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL  
LINHA DE PESQUISA - POLÍTICA SOCIAL E GESTÃO PÚBLICA**

**GESTÃO DA POLITICA NACIONAL DO IDOSO  
À LUZ DA REALIDADE DE JUIZ DE FORA**

**JOSÉ ANÍSIO DA SILVA**

**JUIZ DE FORA**

**2010**

**JOSÉ ANÍSIO DA SILVA**

**GESTÃO DA POLITICA NACIONAL DO IDOSO  
À LUZ DA REALIDADE DE JUIZ DE FORA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação da **Profa. Dra. Ana Maria Costa Amoroso Lima**

**Juiz de Fora**

**2010**

JOSÉ ANÍSIO DA SILVA

**GESTÃO DA POLITICA NACIONAL DO IDOSO  
À LUZ DA REALIDADE DE JUIZ DE FORA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Área de Concentração Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Ana Maria Costa Amoroso Lima (Orientadora)  
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

---

Prof. Dra. Édina Évelyn Casali Meireles de Souza  
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

---

Prof. Dr. Serafim Fortes Paz  
Universidade Federal Fluminense - UFF

Ao idoso:

uma contribuição na atenção à sua vida,  
que demanda recursos e serviços  
das políticas sociais públicas,  
cuja efetividade se sustenta em patamares,  
de respeito e legitimidade  
dos seus direitos de cidadania.

À Profa. Ana Amoroso,  
amiga-orientadora,  
pela condução de caminhos investigativos que pacientemente  
foram trilhados com apreço e dedicação sempre amorosos.

Ao Prof. Serafim Paz,  
pela seriedade e pela responsabilidade  
com que semeou conhecimentos resultando  
em avaliações e sugestões valiosas.

A Profa. Édina  
pelas valiosas observações e sugestões  
na qualificação e na defesa desta dissertação.

A Badinha,  
por todo o cuidado e tratamento na revisão textual  
e por me ensinar a cada dia o sentido da solidariedade.

A todos os participantes da pesquisa  
e aos gestores ouvidos meus agradecimentos  
pela colaboração e inumeráveis ensinamentos.

Aos Professores do Curso de Mestrado,  
pelo compartilhamento de saberes e de descobertas científicas.

Aos colegas de turma,  
pela presença cotidiana nos encontros  
e embates acadêmicos.

À Beth, Secretária do Curso de Mestrado,  
pela disponibilidade em atender minhas demandas  
manifestando compreensão e zelo.

Aos idosos juizforanos,  
pela experiência com que tem sido possível  
buscar mudanças no atendimento as suas necessidades  
no âmbito da administração municipal.

Aos colegas de trabalho,  
pela (re)dimensão do compromisso  
com os serviços e recursos sócio-assistenciais ao idoso.

À Viviane Souza Pereira, Assistente Social  
pelo exercício de companheirismo a minha eterna gratidão.

Ao Adalberto e à Lúcia, meus pais,  
pelas referências de e sobre a vida.

Ao Pedro, meu filho,  
pelo discernimento e pela cumplicidade,  
com que experencia a nossa convivência.

À Rose, minha esposa,  
pela descoberta cuidadosa do amor.

À Deborah e Monique,  
pelo incentivo e amizade.

## LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica  
AMAC - Associação Municipal de Apoio Comunitário  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
BPC - Benefício de Prestação Continuada - BPC –  
CCI - Centro de Convivência do Idoso  
CEDDI - Centro de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa  
CMAE - Conselho Municipal de Alimentação Escolar  
CMDI - Conselho Municipal dos Direitos do Idoso  
CNDI - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso  
CEME - Central de Medicamento  
CME - Conselho Municipal de Educação  
CMAS - Conselho Municipal de Assistência Social  
CMI - Conselho Municipal do Idoso  
CMS - Conselho Municipal de Saúde  
COBAP Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas  
COMSET - Comissão Municipal de Segurança e Educação para o Trânsito  
CF - Constituição da República Federativa do Brasil  
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito  
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social - CRAS  
CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social  
DSTI - Departamento de Saúde da Terceira Idade  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
Fundeb - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação  
FUMPI - Fundo Municipal de Promoção do Idoso  
HPS - Hospital de Pronto Socorro  
HTO - Hospital Traumatológico-Ortopedia  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ILPI - Instituição de Longa Permanência para o Idoso  
IPTU - Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana  
LDB - Lei de Diretrizes de Bases da Educação Nacional  
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social  
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
OP - Orçamento Participativo  
PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado  
PMAI - Plano Municipal de Atendimento aos Idosos  
PMS - Plano Municipal de Saúde  
PNAS - Política Nacional de Assistência Social  
PPP - Programa de Parceria Público-Privado  
PSF - Programa de Saúde da Família  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
PMDE - Programa de Manutenção e Desenvolvimento de Ensino  
PET - Programa de Educação Tutorial  
PAC - Programa de Aceleração do Crescimento  
MAS - Ministério da Assistência Social  
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome  
MEC - Ministério da Educação

MESA - Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar  
MS - Ministério da Saúde  
MP - Medida Provisória  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONU - Organização das Nações Unidas  
ONG's - Organizações Não Governamentais  
PNI - Política Nacional do Idoso  
PIAE - Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PNSI - Política Nacional de Saúde para o Idoso  
SAS - Secretaria Municipal de Assistência Social  
SETTRA - Secretaria Municipal de Transporte Coletivo e Trânsito  
SME - Secretaria Municipal de Educação  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SSSDA - Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental  
SUAS - Sistema Único de Assistência Social  
SUS - Sistema Único de Saúde

## RESUMO

A Gestão da Política Nacional do Idoso, à Luz da Realidade de Juiz de Fora, temática deste estudo, se inscreve como intencionalidade investigativa porque busca desvendar caminhos percorridos por instâncias da administração municipal, visando explicitar sua significação e importância. O enfoque teórico subsidiado por elaborações acadêmicas e publicações governamentais possibilita o entendimento dos aspectos principais desta Política e do Estatuto do Idoso, permeado pela preocupação com a contextualização sócio-política do Brasil, especialmente a partir dos anos de 1990. A configuração de instâncias governativas de políticas sociais públicas de administrações municipais de Juiz de Fora evidencia diretrizes ídeo-políticas, norteadoras de ações centradas no segmento de idosos, usuários destas políticas. A retratação analítica da mencionada gestão está subsidiada por posicionamentos coletados em 14 entrevistas realizadas com informantes qualificados e gestores de políticas sociais desta cidade, particularizados nas áreas da assistência social, saúde e educação, sendo antecedida pela apresentação do perfil dos mesmos. A sistematização destes posicionamentos corresponde aos eixos que caracterizam a PNI, contribuindo para evidenciar contribuições, questionamentos concernentes a possibilidades e dificuldades de gestão da referida Política. A identificação de potencialidades sinaliza que existem caminhos a percorrer, visto que a responsabilidade e o compromisso de instâncias municipais com a gestão desta Política ensejam indicações de mudanças que merecem ser reconhecidas como necessárias e indispensáveis para que a fração populacional de idosos, especialmente usuários de políticas sociais públicas, possam usufruir de recursos e serviços públicos inseridos, como correspondentes às demandas do envelhecimento.

Palavras-Chave: Política Nacional do Idoso; Gestão Municipal, Políticas Sociais, Demandas do Idoso.



## ABSTRACT

The Management of the National Policy for the Elderly in Juiz de Fora which represents the focus of this study seeks to investigate and unveil local management courses of action in order to highlight its significance and importance. The theoretical framework especially academic works and government volumes enables the understanding of the main aspects of this Policy as well as the Elderly Statute along with the concern for Brazil socio-political context since 1990s. The arrangement of governing sectors of public social policies from municipal administration shows ideological and political guidelines which oriented actions centred to the elderly, the users of these policies. The analytical description of this management is supported by the exploratory qualitative research that enabled us to show positions collected in 14 interviews with qualified informants and managers of social policies in Juiz de Fora, in areas such as social assistance, health, traffic, transportation, and education. Previously their whole profiles were presented. The systematization of these positions corresponds to the axes that characterize the PNI, enabling the evidence of contributions, questioning concerning the possibilities and difficulties of management of that Policy. The identification of potentialities indicates that there are ways to be explored, since the responsibility and commitment of local sectors with the management of this Policy can lead to some changes that deserve to be recognized as necessary and essential to the elderly. Thus this part of the population seen as frequent users of public social policies will be able to benefit from public services and resources, corresponding to the demands of aging.

Keywords: National Policy for the Elderly; Social Policies; Municipal Management; Demands of the Elderly.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	12
1 CONJUNTURA BRASILEIRA E POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO.....	19
Rumos Neoliberais e Políticas Sociais Públicas.....	19
1.2. PNI: conquistas e interrelação com outras determinações legais .....	33
1.2.1 PNI em revista – Eixos Centrais.....	33
1.2.2. Interrelação com Determinações Legais.....	36
a- Política Nacional de Saúde do Idoso .....	36
b - Estatuto do Idoso .....	37
d- Programas de atenção à saúde do idoso: possibilidades e limites.....	39
2 GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM JUIZ DE FORA: ÁREA DO IDOSO – SINALIZAÇÃO DE CONQUISTAS E DESAFIOS .....	42
2.1 Administração Municipal - compromissos de gestão com políticas sociais .....	42
2.2 Estratégia de gestão de políticas públicas em Juiz de Fora – inserção do idoso? .....	45
a-área da saúde - .....	47
3 DIRETRIZES DE GESTÃO: ATENDIMENTO AO IDOSO .....	63
3.1. Desvelando os caminhos da PPNI: instâncias da administração municipal e conselhos de direitos .....	63
a - estruturação da gestão municipal das políticas sociais municipais .....	63
a.1 retomando a história: significações e interpretações .....	63
a2 - Conhecimento e importância da PNI.....	73
a-3 integração intrasetorial .....	77
b - institucionalização ou não de idosos .....	79
c - intersetorialidade das políticas sociais municipais .....	83
d - participação dos idosos e controle social .....	84
3.2 Identificando limites e potencialidades .....	87
CONCLUSÕES .....	94
BIBLIOGRAFIA .....	96

## INTRODUÇÃO

A centralidade deste estudo recai na Política Nacional do Idoso – PNI – percebida como estratégia jurídico-legal, que subsidia municípios brasileiros na implantação e implementação de diretrizes ídeo-políticas, para assegurar a defesa e a conquista da cidadania do segmento da população idosa. Esta Política corresponde à Lei n. 8.842 (BRASIL, 1994), gestada e aprovada no contexto sócio-político de governantes que assumiram o compromisso em legitimar mudanças, que afetaram também as políticas sociais públicas. Este é o ponto de partida que assegura a intencionalidade de se analisar a gestão assumida por instâncias da Prefeitura de Juiz de Fora – PJF - assegurando-se na perspectiva de que representam canais de legitimação desta Política, a partir de sua implementação

A mencionada intencionalidade fundamenta-se na experiência acumulada, vivenciada durante décadas, considerando-se a vinculação profissional-humana do autor com possibilidades de se assistir o segmento de idosos, que demanda recursos e serviços sociais públicos de diversas áreas, como educação, saúde, assistência social, cultura, habitação, transporte e trânsito. Esclarece-se que a referida experiência vem ocorrendo prioritariamente nas áreas da assistência social e da saúde, nas instâncias denominadas de Associação Municipal de Apoio Comunitário – AMAC e Departamento de Saúde da Terceira Idade – DSTI – da Secretaria Municipal de Saúde – SMS –, onde tem sido possível propor intervenções sedimentadas na concepção gerontológica.

A importância que se atribui a esta temática, em nível objetivo, se inscreve na busca de compreensão e de explicação sobre a gestão desta Política, articulando-a com outras políticas sociais públicas. Ressalta-se esta dimensão porque gestores de administrações públicas municipais têm responsabilizações técnicas e políticas, que se revelam também, no reconhecimento de que o segmento de idosos merece ocupar espaço prioritário no atendimento a necessidades, considerando-se o aparato jurídico-legal vigente no país.

Entende-se que especificar este segmento corresponde a validar o processo de envelhecimento como fenômeno social, presente no contexto contemporâneo, que demanda o envolvimento de diversas áreas do conhecimento. Esta dimensão se explicita em produções teóricas e intervenções profissionais que revelam a valorização deste processo associando-o a multiplicidade e diferenciação de direitos sociais. Estes direitos abarcam a totalidade da vida humana e precisam ser garantidos como exercício de cidadania, pois as pessoas deixaram de ser encaradas como cidadãs isoladas, abstratas, para serem vistas e tratadas “[...] na especificidade ou na concreticidade de suas diversas maneiras de ser em sociedade, como

criança, velho, doente, etc” (BOBBIO, 1992, p. 68).

Estas ponderações têm associação com elaborações de Pereira (2005) que tratam da significação de que várias evidências empíricas contribuem para que no espaço universitário e neste especifica-se a formação, qualificação e capacitação em Serviço Social, ocorra a ampliação do interesse sobre conteúdos, metodologias e intervenções em políticas sociais, que abarcam o fenômeno do envelhecimento, reconhecendo-se a expansão mundial das expectativas de vida da população. Esclarece sobre três evidências essenciais:

- a- o progressivo envelhecimento da população, ou o que alguns especialistas chamam de *agrisalhamento* demográfico, ou, ainda, *alvorada grisalha* (*gray dawn*) (PETERSON, *apud* GIDDENS, 2001), constitui um fenômeno sóciopolítico inédito e sustentado, que produziu a seguinte reviravolta nos meios intelectuais e políticos contemporâneos: a partir do último quarto do século XX, o interesse pelos assuntos gerontológicos tornou-se, pela primeira vez na história da humanidade, tão relevante, que suplantou o domínio dos assuntos relacionados à infância e à adolescência, conhecidos como *paidológicos*, que vigorou por mais da metade daquele século;
- b- o surgimento de novas necessidades decorrentes do fenômeno do envelhecimento e das condições estruturais e históricas em que esse fenômeno é produzido, traz à tona o entendimento de que essas necessidades dizem respeito não só à dimensão biológica, mas também psicológica, econômica, social e de cidadania das pessoas idosas;
- c- o reconhecimento de que as políticas, os serviços, as instituições e os agentes de proteção social convencionais não mais respondem adequadamente a essas novas necessidades, exige a revisão dos compromissos com o bem-estar dessa parcela da população, tanto por parte do Estado quanto da sociedade (PEREIRA, 2005, p. 01).

Compreende-se então, que existem implicações destas evidências na administração municipal de Juiz de Fora – JF –, especificando-se as políticas sociais públicas que em diversas áreas têm compromisso jurídico-legal com frações do segmento de idosos, que constituem usuários dos recursos e serviços ofertados. Reconhece-se que em cada período de administração, após a realização do pleito eleitoral, têm sido ofertadas possibilidades de atendimento a diversas destas frações. Estas possibilidades representam avanços, mas sinalizam necessidade de mudanças, considerando-se aspectos que as caracterizam em termos de diretrizes e ações como: parcialização, fragmentação, não sequenciamento, focalização que emanam de instâncias governativas nesta esfera de governo. Estes aspectos contrastam com determinações constitucionais (BRASIL, 1988); legislações genéricas e específicas sobre o idoso como o Sistema Único de Saúde – SUS – Lei Orgânica da Saúde – LOS (BRASIL, 1990); a PNI; o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003); a Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI (BRASIL, 1999) que incluem princípios, diretrizes, ações como equidade,

universalidade, integralidade, descentralização, intersetorialidade, direitos e cidadania.

Este conjunto de reflexões e ponderações que justifica e explica a formulação do objeto investigativo subsidia a revelação da perspectiva analítica assumida neste estudo: a busca de conhecimento sobre a gestão pública municipal considerando-se as determinações da PNI correlacionando-a ao direito de segmento de idosos de usufruir de recursos e serviços das políticas sociais da assistência social; saúde; educação; transporte e trânsito.

Também as reflexões e ponderações fundamentam os objetivos formulados:

- Objetivo geral – desvelar a implementação da PNI sob a dimensão da gestão municipal das políticas sociais públicas enumeradas, em Juiz de Fora.
- Objetivos específicos – conhecer a percepção que permeia a gestão destas políticas, que delimita o atendimento às necessidades de idosos, usuários dos recursos e serviços públicos nas diversas áreas mencionadas;
  - revelar a configuração das diretrizes de implantação e implementação da PNI nas instâncias governativas da administração municipal de Juiz de Fora, no que se refere à essas políticas sociais.
  - apresentar proposições que contribuam com o redimensionamento da gestão dessas políticas sociais públicas, que atendem ao segmento de idosos.

Estas formulações ampliam a exposição da contribuição esperada com a realização deste estudo, que também se explicita na busca de respostas para questões elaboradas que têm a referência de que transcorreram 16 (dezesesseis) anos de vigência da PNI em todo território nacional. Esta temporalidade possibilita o resgate histórico do que foi inicialmente implantado em administrações municipais de Juiz de Fora, particularizando-se a PNI, visto que parcelas do segmento de idosos passam a deter, como usuários, direitos de usufruir de serviços e recursos públicos das políticas sociais. As questões contemplam:

- Qual é o conhecimento dos gestores das políticas sociais públicas de Juiz de Fora sobre PNI, deliberações da I e II Conferência Nacional do Idoso (2006; 2009)
- O que traduz a significação da PNI no âmbito da gestão municipal das políticas sociais públicas, considerando-se seus aspectos fundantes como importância, responsabilizações, intersetorialidade e correspondência com direitos de cidadania destes usuários?
- Como as instâncias governativas destas políticas têm buscado articular serviços e recursos públicos, privados e familiares visando atender demandas destes usuários?
- Qual a percepção destes gestores sobre o (re)dimensionamento desta articulação?

Assegurando-se nestas enunciações destaca-se que o processo investigativo constou da

realização de levantamento e sistematização de produções teóricas, especialmente as relacionadas com a PNI, Estatuto do Idoso, gestão municipal, políticas sociais, idoso, conjuntura nacional a partir dos anos de 1990. Também foi realizado o levantamento de informações em instâncias governativas da administração pública de Juiz de Fora que se responsabilizam por políticas sociais públicas, que incluem como usuários, frações do segmento de idosos da cidade.

Cabe então, pontuar o caminho metodológico percorrido para efetivação deste estudo pois reitera-se a defesa de direitos sociais do segmento de idoso, já que o processo de envelhecimento como “novo e mais visível fenômeno social” (PEREIRA, 2005, p.12 ) demanda

[...] no âmbito das universidades, a análise de seus determinantes, conseqüências, oportunidades e riscos, bem como a revisão de conceitos, critérios e objetivos capazes de subsidiar planejamentos e definições de políticas mais condizentes com a sua realidade. [...] (PEREIRA, 2005, p.12).

Verifica-se com este posicionamento que a escolha pela modalidade de pesquisa descritiva e os parâmetros da pesquisa qualitativa correspondem aos propósitos elencados. As elaborações de Richardson (1985) referenciam que estudo descritivo se propõe investigar características complexas ou particulares de um fenômeno uma vez que tem como propósito observá-las, explorá-las para que seja possível desvendar o significado e a importância do mesmo, o que implica a utilização de procedimentos da metodologia qualitativa.

Revela-se a adequação destes procedimentos assegurando-se em Bogdan; Biklen (1982); Godoy (1995); Lüdke; André (1986), pois argumentam sobre a descrição do fenômeno escolhido, como contribuição para compreendê-lo e interpretá-lo no seu processo dinâmico e complexo, possibilitando desvendar suas diversas expressões, sentidos e valores.

Sobre a metodologia qualitativa referencia-se às elaborações de Minayo (2004, p. 13), que informa que esta “[...] articula a compreensão das estruturas, dos processos, das relações, das percepções, dos produtos e dos resultados, com a visão dos atores sociais envolvidos na sua constituição, desenvolvimento, contexto e possibilidades de mudanças”

Também Minayo (2004, p. 15) esclarece que esta metodologia é capaz “[...] de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. E informa que a mesma

[...] privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; entende que na sua homogeneidade fundamental relativa

aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado possibilitando apreender semelhanças e diferenças (MINAYO, 1993, p. 102),

Com base nos pressupostos desta metodologia destaca-se que a fase de coleta de dados implicou a utilização da técnica de entrevista semi ou não estruturada, que corresponde em:

[...] enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de pressupostos advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação [...] o roteiro serve de orientação para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados (MINAYO, 1993, p. 122).

Compreende-se que este roteiro possibilita inserir perguntas de complementação, favorecendo aos entrevistados a explicitação do seu discurso conforme ao que constitui seu modo de pensar e de refletir. Com este roteiro para a realização da entrevista o pesquisador tem liberdade para apresentar as questões de acordo com situações que emergem visando aprofundamentos e esclarecimentos. Cabe ao pesquisador estabelecer relacionamento com eles reconhecendo que precisa respeitar seus valores, ideais e posicionamentos.

Estas referências foram essenciais para que o conteúdo do roteiro da entrevista semi-estruturada correspondesse aos objetivos e questões norteadoras deste estudo, considerando-se também que os entrevistados na exposição dos depoimentos, tiveram liberdade de explanação. O mencionado roteiro foi estruturado em torno dos seguintes eixos:

- a – estruturação da gestão municipal das políticas sociais municipais ;
- b – institucionalização ou não de idosos;
- c – intersetorialidade das políticas sociais municipais;
- d – participação dos idosos e controle social.

Este roteiro foi aplicado em 14 pesquisados (gestores de políticas sociais públicas e informantes qualificados), que ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2009, respeitando-se e cumprindo-se as orientações teóricas que cuidam dos aspectos que configuram a entrevista como técnica de coleta de dados.

A seleção destes decorreu da adoção de critérios como: vinculação com estas políticas ou com o processo de implantação de determinações legais vinculadas ao idoso, que correspondem às identificações: Secretária de Assistência Social (E01); Secretária Municipal de Saúde – SMS (E02); Secretária de Municipal Educação – SME (E03); Secretário de Trânsito e Transportes – SETTRA (E04); Superintendente da Associação Municipal de Apoio Comunitário – AMAC (E05); Diretor do Departamento de Saúde da Terceira Idade DSTI (E06); Coordenadora do Centro de Convivência do Idoso (Pró-Idoso) – CCI (E07); Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS (E08); Presidente do Conselho

Municipal de Saúde – CMS (E09); Presidente do Conselho Municipal de Educação – CME (E10); Presidente da Comissão Municipal de Segurança e Educação para o Trânsito – COMSET (E11); Protagonista na criação do CMI (E12); Vereador proponente da lei de criação do CMI (E13); Assistente Social - Especialista em Gerontologia – protagonista da criação do Pró-Idoso – CIC (E14).

Após o pré-teste foram agendadas e realizadas as entrevistas com os 14 pesquisados tendo como subsídio o esclarecimento de Martins (2001), que considera que o pesquisador dispõe da sua percepção como mecanismo que pode contribuir para que amplie o conhecimento sobre o seu objeto de estudo, porque capta detalhes e particularidades de aspectos que compõem e configuram este objeto.

O conjunto de dados qualitativos coletados foi transcrito na sua totalidade, o que fundamentou a ordenação, classificação e análise final dos resultados (MINAYO, (2004). Para tanto, procedeu-se aos seguintes passos: manutenção da identificação dos informantes com a letra E com um número sequencial de 01 a 14; realização de (re) leituras dos depoimentos buscando agrupar e organizar os depoimentos observando-se os objetivos e questões norteadoras; sistematização dos depoimentos conforme eixos analíticos constantes do roteiro de entrevista; realização de análise interpretativa assegurando-se em referencial teórico, documental e legislação pertinente ao idoso. Com esta análise foi apresentada a significação dos resultados, que expressa relevância e defesa de que a PNI, articulando-a com políticas sociais públicas, como as que foram retratadas, continua sendo desafio para a gestão em administração municipal.

Esclarece-se que ao se analisar o material coletado, procurando compreender o que emergiu das entrevistas, aspectos de similaridades e de diferenças foram destacados, que na visão de Fonseca (1999) contribuem para que reitere a contribuição de dados qualitativos num contexto histórico e social, que ancora a existência e importância do fenômeno pesquisado. Também é relevante destacar que o autor – pesquisador, não é um ser humano genérico, mas um ser social que integra a investigação e se envolveu neste estudo como um ser concreto. Suas análises interpretativas feitas a partir do lugar sócio-histórico no qual se situa e interconectaram com relações intersubjetivas que estabeleceu com os pesquisados.

Após esta fase de coleta foi feita a transcrição integral dos depoimentos que serviu de base para a sistematização e ordenação das informações, tomando-se como parâmetros os eixos fundantes da PNI mencionados anteriormente. Revela-se que este direcionamento fundamenta a apresentação e a interpretação analítica dos resultados obtidos, tratando de explicitar os posicionamentos significativos dos entrevistados, indicando semelhanças e



contrapontos na gestão da PNI, articulada nestas políticas sociais públicas.

O sequenciamento deste caminho investigativo possibilita enunciar a estruturação que revela o conteúdo deste estudo apresentado em quatro capítulos. No primeiro, a abordagem recai na contextualização sóciopolítica, particularizando-se aspectos que explicitam a necessidade da PNI. A partir desta abordagem apresenta-se a PNI nos seus eixos centrais interrelacionado-os com as implicações para a família e a gestão pública municipal.

No segundo capítulo, a preocupação central é com a configuração das instâncias públicas da administração municipal de Juiz de Fora, que assumem a atenção ao idoso nas políticas sociais da assistência social, saúde, educação.

No terceiro capítulo explicita-se a análise sobre a gestão da PNI em instâncias públicas, articulando-a com as políticas referenciadas, que integram a administração municipal. Esta análise contempla os eixos fundantes selecionando dos depoimentos dos entrevistados (identificados de E01 a E14) posicionamentos e questões postas por eles, considerando-se vinculações com a implementação da PNI, conforme articulação estabelecida com as políticas sociais mencionadas.

Estas explicitações asseguram a defesa de que existem expectativas de que este estudo possa contribuir para desvelar a necessidade de redimensionamento da gestão das instâncias existentes nas políticas sociais públicas referenciadas, que integram a administração pública de Juiz de Fora, que têm atribuições e competências para atender demandas de usuários idosos, considerando-se suas especificidades. Defende-se também, que no âmbito do Serviço Social estas instâncias têm representado prioridade de espaços sócio-ocupacionais, em que profissionais vêm assumindo intervir, fundamentando-se nos princípios éticos e políticos, oriundos dos pressupostos da competência teórica, técnica e científica do processo formativo vigente, sustentados no Código de Ética Profissional.

Reitera-se que a questão do envelhecimento assume no contexto contemporâneo mundial, e no Brasil em particular, uma agenda necessária para a efetividade das políticas públicas sociais que incluem os idosos, contribuindo em especial para legitimar princípios da PNI, que também envolvem: “[...] a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.” (BRASIL, 1994).

# 1 CONJUNTURA BRASILEIRA E POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

## Rumos Neoliberais e Políticas Sociais Públicas

A Constituição Federal de 1988 - CF/88 - contém determinações sobre os direitos individuais e coletivos: educação, saúde; trabalho; lazer; segurança; previdência social; proteção à maternidade e à infância; assistência aos desamparados”. (BRASIL, 1988). A conquista e garantia destes direitos implica também em políticas sociais, que se expressam no acesso e usufruto de recursos e serviços sociais, pois a situação contrária - inexistência ou redução destas políticas - acarreta a ampliação da pobreza, marginalização; desigualdades sociais e regionais; manutenção de preconceitos e discriminação. (BRASIL, 2000).

A Carta Magna também determina a criação de mecanismos de participação e de controle social em fóruns decisórios. Esta determinação subsidia a municipalização de alguns serviços sociais universais, que se expressa em novas institucionalidades na governança das cidades, que tem significado, também, o envolvimento das comunidades locais no processo decisório e de controle da implementação de políticas sociais.

Os municípios passam a ter a responsabilidade sobre estas inovações que se traduzem na criação ou consolidação de experiências participativas, incluindo conselhos municipais setoriais voltados para a decisão, participação na gestão e fiscalização de políticas sociais e de pequenas obras públicas; conferências, e a incorporação de segmentos sociais marginalizados do processo decisório na alocação de parcela dos recursos orçamentários municipais: Orçamento Participativo – OP.

No entanto, a inserção de novos atores ao processo decisório local assume formatos diferenciados. Existem experiências nas quais prevalecem formas mais restritas de participação, que se resumem a dar voz aos cidadãos, enquanto em outras a participação torna-se um mecanismo de empoderamento que visa promover mudanças na assimetria de poder entre atores sociais locais. Esse último formato visa, via ação coletiva, diminuir desigualdades políticas e sociais.(SOUZA, 2003, p. 37).

Cabe ressaltar que a existência dos conselhos é insuficiente para tornar seus participantes, especialmente os que representam interesses coletivos ou dos usuários do serviço, em decisores de fato e em fiscais da aplicação dos recursos. A diversidade de conselhos é analisada por Côrtes (2002) que inclui a identificação, baseando-se nas experiências de diversas cidades, de três tipos de conselhos municipais setoriais:

- a- formado por conselhos que se transformaram em arenas decisórias de fato, visto que seus participantes têm papel decisório efetivo e não apenas voz.

- b- constituído por conselheiros que atuam como intermediários de diferentes demandas e interesses, mas o decisor principal é o governo local.
- c- composto por especialistas reformistas (*policy community*), que têm espaço nos conselhos para expressar suas demandas, mas carecem de poder decisório efetivo; nesse tipo, as decisões são tomadas em outros espaços, seja na esfera do governo ou dos grupos de interesse. Pode-se ainda acrescentar um quarto tipo, não incomum nas comunidades pequenas e pobres, em que muitas vezes os membros do conselho são indicados pelos dirigentes locais, principalmente o prefeito, e seu papel é o de ratificar as decisões tomadas pelo Executivo local.

A constituição desses conselhos decorre, em geral, de exigências da legislação federal. O papel dos conselheiros é tomar parte na gestão do programa, ou seja, fiscalizar a implementação de políticas decididas em outras esferas, alocar parcela dos recursos e acompanhar sua aplicação e os rumos da política pública. Para cada política social, é requerida a constituição de um conselho, em que os representantes da comunidade/usuários têm assento. Esses conselhos podem ser constituídos em torno de políticas específicas (saúde, educação, assistência social, emprego e renda, meio ambiente, desenvolvimento urbano, combate às drogas e à pobreza, etc.), ou em torno da defesa de direitos individuais ou coletivos (crianças, adolescentes, idosos, negros, deficientes, etc.). (SOUZA, 2004, p. 38).

Retomando a significação da CF/88 esclarece-se que a luta por direitos, ressaltando-se a conjuntura pré Constituição contou, principalmente, com o fortalecimento da sociedade civil, que se expressou também na defesa pela democratização, incluindo o questionamento sobre Estado Ditatorial. Nesta luta, movimentos sociais de diversas categorias (mulheres; negros; direitos humanos; idosos; bens de consumo coletivo; sindical) manifestaram críticas e enunciaram reivindicações:

[...] críticas à forma e à organização da área assistencial, além de propostas de descentralização; e críticas às concepções assistencialistas, ao uso clientelista das ações, à ausência de uma política setorial e à excessiva centralização político-administrativa e financeira. Reivindicavam direitos civis, políticos e sociais determinados pela CF/88, que simbolizam um marco na organização das políticas sociais no Brasil [...] e novas diretrizes para estabelecer a garantia de direitos sociais [...]. (DONISETI, p.21 ).

O governo e sociedade civil deveriam implementar respostas à grave crise e demandas de enfrentamento da questão social, considerando-se por exemplo, o capítulo da Seguridade Social, integrada pelo tripé: Assistência Social, Previdência Social e Saúde. Este capítulo representa uma das maiores conquistas: a Assistência Social, pela primeira vez na história do

país passa a ter *status* formal de política pública de afirmação de direitos de cidadania, na área da proteção social.

[...] o horizonte com que os setores progressistas pensaram a reforma da proteção social era o de um modelo universalista e redistributivo. Atingi-lo exigiria reestruturar, corrigir, limpar por dentro o sistema de políticas sociais, cujas piores distorções já se conheciam. Entre elas, a distribuição muito desigual dos benefícios sociais, concentrados e apropriados por alguns segmentos, corporações, regiões [...] (DRAIBE, 2003, p.8).

A vigência da CF/88 simboliza então, a continuidade desta luta. Todavia, o início da década de 1990 foi marcado fundamentalmente pela tensão entre dois projetos societários: o da redemocratização e de garantia de direitos; e o da rearticulação das forças conservadoras sustentado pelo ideário neoliberal, propondo contenção de direitos, redução do Estado e alterações no mundo do trabalho. A opção estratégica expressa em proposições e deliberações dos governos brasileiros, a partir desta década, que inclui políticas sociais, assegura-se no projeto conservador. Este projeto hegemônico legitima e garante funcionalidade para as instâncias responsabilizadas a implantar e implementar políticas sociais (como as que incluem e as destinadas ao segmento de idosos), mostrando-se permeada por contradições.

Com estas reflexões particulariza-se o governo do presidente Collor de Mello (15.03.1990 - 02.10.1992), o primeiro eleito em plena liberdade partidária, pós ditadura militar, que assumiu como promessas da campanha: moralização da política; combate à inflação; modernização econômica; redução do Estado e “[...] outras propostas que emergiram do chamado projeto neoliberal brasileiro, cuja articulação com a estratégia global, incluía prazos e formas de viabilização que ficavam pouco [...] explícitas no discurso e prática governista”. (SOARES, 2001 p.154).

Estas propostas fundamentaram a desregulamentação por parte do Estado dos preços incluindo a relação do capital com o trabalho. Nesta lógica, o mundo do mercado assume centralidade das atenções, contribuindo para condicionar a distribuição dos recursos às leis do mercado, acrescida da

[...] retirada do Estado ou a sua renúncia enquanto agente econômico produtivo e empresarial [...]. Daqui se derivava propostas de privatização das empresas estatais, o que contribuiria para a redução do setor público. [...]. Um dos componentes ideológicos [...] era a idéia de que o setor público caracterizava-se [...] como ineficiente e ineficaz, ao contrário do setor privado, único a possuir uma racionalidade e vocação capaz de levar ao crescimento econômico (SOARES, 2001, p.154).

A gestão Collor foi caracterizada pelo objetivo de obstrução dos direitos inscritos nas

determinações constitucionais. De acordo com Fagnani (1997) foram efetuadas várias manobras políticas e administrativas: descumprimento das regras estabelecidas pela Constituição descaracterizando propostas por meio do veto parcial a dispositivos essenciais, sendo a Seguridade Social um dos focos privilegiados dessa nova investida conservadora. Na Previdência Social, houve tentativa de desvincular os benefícios previdenciários do valor do salário mínimo, quando da elaboração da Lei Orgânica da Seguridade Social (8212/24.07.1991). Na Saúde mesmo com a aprovação das Leis nº 8.080 e de nº 8.142 (BRASIL, 1990), não ocorreu a implementação do SUS.

No Governo Collor ocorreu ampliação dos serviços privados em detrimento dos públicos. Estes em contínua precarização sob aspectos diversos como: infra-estrutura e capacidade de atendimento passaram a ser destinados a frações populares, com reduzida possibilidade de atendimento a suas demandas, o que significou

[...] retrocesso das conquistas dos trabalhadores no campo dos direitos sociais. [...] com o Projeto de Reconstrução Nacional e dos diagnósticos da política social, este governo impôs uma visão assistencialista ao sistema de proteção social, contrariando a tendência de ampliação dos direitos universais expressa na CF/88 [...] também imprimiu a lógica neoliberal, eliminando gastos em setores estratégicos. As áreas da educação, saúde e cultura foram as mais atingidas (redução de 49% e 30% de suas receitas) [...] centralização dos recursos e dos programas sociais utilizados como moeda de troca política do governo (MARTUSCELLI, 2005, p. 32).

Reconhece-se que escândalos e medidas de recessão contribuíram para o *impeachment* do presidente Collor. Assumiu este cargo, Itamar Augusto Cautiero Franco como contingência da crise de legitimidade que se abatera sobre o Poder Executivo. Com 62 anos de idade governou no período de 29.12.1992 a 01.01.1995, num contexto desfavorável, pois,

Herdou um governo marcado por um bonapartismo político; neoliberalismo econômico subordinado a uma corrupção compulsiva, que penetrava os poros da sociedade política. Herdou recessão intensificada e uma privatização dilapidadora do capital produtivo estatal; e acentuado processo de desindustrialização. Herdou ainda crise aguda, econômica, social, política e ética, caracterizada por uma simultaneidade sem precedentes na história republicana. (AMOROSO LIMA, 2006, p.52).

Mesmo com esta herança este governante desempenhou suas funções visando garantir governabilidade para enfrentar desafios, em especial empenhando-se no combate à corrupção. Esta implicou para o Congresso Nacional instaurar a Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI – sobre o orçamento da União (CPI dos Anões); atuou com firmeza na desaceleração de privatizações de empresas; implantou o Plano de estabilização econômica – Plano Real.

Na área política realizou um plebiscito em que os eleitores puderam escolher qual o regime político (monarquia ou república) e qual a forma de governo (parlamentarismo ou presidencialismo). Em abril de 1993 as urnas apontaram a preferência do eleitorado pela manutenção da república presidencialista.

O núcleo central das ações sociais deste governo esteve direcionada para a questão da fome e da miséria. No que tange às medidas tomadas em relação às políticas sociais, destacam-se: a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS; Função Social da Propriedade Fundiária; além de discussões e compromissos assumidos com a educação básica. Na área da saúde as estratégias envolveram: fabricação de remédios mais baratos produzidos em instituições de ensino superior, que possibilitou a criação de farmácias populares; ampliação orçamentária da Central de Medicamentos – CEME; criação do Disque-Saúde; implementação de propostas em municipalização da saúde e Programa de Saúde da Família – PSF. Este Programa na sua formulação “[...] constitui estratégia de reforma incremental do SUS, pois, indica mudanças para remunerar ações [...] organização de serviços e práticas assistenciais no plano local; e descentralização.” (VIANA; POZ, 2005, p.229).

No decorrer do governo Itamar caracteres que o identificam foram evidenciados como: honradez pessoal; probidade administrativa; e responsabilidade com a coisa pública, que contribuíram para elevados índices de aprovação popular. Todavia,

Itamar no seu mandato assumiu ações mais simbólicas. [...] Ainda na condição de preposto do Presidente, FHC, devidamente convertido ao ideário neoliberal, iniciou o desenho da reforma do Estado e do modelo de gestão pública: a administração gerencial. (AMOROSO-LIMA, 2006, p.52).

A candidatura de FHC à presidência pautou-se também na delimitação de cinco prioridades que foram difundidas na sua campanha também na defesa de cinco prioridades: saúde, educação, emprego, agricultura e segurança, que contribuiriam para inserir no seu governo, reformas sociais prementes, indicativas do cumprimento da CF/88. Após eleito, centralizou suas ações no plano de estabilidade econômica. (FIORI, *apud* ROJAS COUTO, 2004, p. 148-149), que no decorrer dos dois mandatos (01.01.1995 a 01.01.1999 - 01.01.1999; 01.01.2003) consolida o ideário neoliberal:

[...] essa ideologia espalhou-se para além dos limites do setor produtivo, estendendo-se para a área social: saúde e a educação [...]. Os resultados são facilmente verificáveis, não causados pelo ‘excesso’ de Estado, mas pela sua privatização interna [...]. Outra idéia cara ao neoliberalismo (e explicitada no receituário do FMI e Consenso de Washington) é a do estabelecimento de um Estado Mínimo que cumpra [...] funções básicas como: educação primária; saúde pública; criação e manutenção de infra-estrutura ao

desenvolvimento econômico (SOARES, 2001 p.155).

Este governo manteve a supremacia do setor privado; adotou medidas que facilitaram a entrada no país de empresas estrangeiras; assegurou a flexibilização do monopólio de empresas estatais; utilizou sem limites, Medidas Provisórias; e assumiu a Reforma do Estado, que singularizou o modelo gerencial na Administração Pública. Com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE-, ou o programa Brasil em Ação , introduziu “[...] modelos organizacionais modernos, que contemplam a descentralização administrativa e firma parcerias com a sociedade civil, restabelecendo, assim, a capacidade governamental em áreas estratégicas para a atuação do Estado.” (AMOROSO-LIMA, 2006, p, 67).

Esta Reforma preconiza o Estado forte e máximo para o capital e o Estado mínimo e débil para os trabalhadores, sustenta-se no receituário dos organismos internacionais, provoca mudanças que atingem diversas esferas como a econômica, ideológica e política; contribui para a criação e valorização de consensos que, atuando no âmbito da subjetividade, busca o consentimento e a adesão das classes ao neoliberalismo.

Compreende-se que a Reforma Gerencial do Estado passa uma idéia artificial de politização e de controle a ser exercido pela sociedade civil, principalmente dos segmentos de classe subalternizados que ainda não tiveram a oportunidade de construir uma cultura política que lhes possibilite intensificar as lutas sociais em favor de uma nova hegemonia. No plano sócio-político o aperfeiçoamento da sociedade democrática é apresentado como dependente também da adoção, pelo cidadão, de atitudes regidas por princípios como solidariedade e tolerância. (DONISETI, 2007, p.35).

A reafirmação dos princípios gerenciais assumida para reeleição de FHC expressa o conteúdo do Programa de governo Avança Brasil, que retrata a nova aposta no rumo neoliberal objetivando: consolidar e promover crescimento e estabilidade econômica; enfrentar a fome, pobreza, exclusão social; melhorar a distribuição de renda; e promover os direitos humanos, defendendo a justiça social por meio do *slogan* a inclusão dos excluídos.

A partir de 2001, FHC, adota estratégias para continuar a Reforma do Estado como o Programa de Parceria Público-Privado – PPP, e outras, nas áreas fiscal e tributária. Verifica-se que a adoção do neoliberalismo neste governo resulta no desmonte de organizações coletivas; discurso "enganoso" sobre a sociedade civil. Esta deslocada da esfera estatal e atravessada pela racionalidade do mercado, expressa interesses de instituições privadas, que controlam o Estado e negam a existência de projetos de classe diferenciados. Também cria programas que tratam de complicadores de expressões da questão social; e em nome da cidadania realiza parcerias, como projetos de refilantropização da assistência (SIMIONATTO, 2006 p.21).

A visão de sociedade civil sob a ótica do capital corresponde a uma esfera à parte que não estabelece correlação de forças com o Estado, pois é compreendida como mecanismo de controle das ações governamentais. O ministro da Reforma, Bresser Pereira (BRASIL, 1997) afirma ser esse o caminho para o fortalecimento da sociedade civil, que passa a ter interlocução com instituições e não com o Estado, que se isenta das pressões sociais. Com esta concepção é preciso entender que

Diferentes usos da categoria sociedade civil encontram-se presentes no debate acadêmico e nos projetos prático-políticos: é pensada como esfera em que se desenvolvem estratégias de convivência com o Estado e o mercado; é usada para legitimar a desresponsabilização estatal no campo das políticas públicas; [...] também são construídas prospecções sóciointerventivas para a construção de aparato estatal democrático e de direito; e ainda atacam interferências e regulamentações estatais. As demandas pela ampliação da participação da sociedade civil nos mecanismos de gestão de discussão das políticas podem estar orientadas por pontos de vista distintos, podendo envolver tanto aqueles que defendem a privatização dos serviços públicos quanto os que lutam pela expansão e pela maior responsabilização do Estado na sua implementação (DURIGUETTO, 2005, p. 83).

Esta lógica favorece a expansão de organizações privadas não-governamentais sem fins lucrativos, (Terceiro Setor), como as tradicionais entidades filantrópicas e as fundações (as empresariais), visando contribuir na construção de esfera de interesse público não estatal.

Observa-se uma clara tendência de deslocamento das ações governamentais públicas – de abrangência universal – no trato das necessidades sociais em favor de sua privatização, instituindo critérios de seletividade no atendimento aos direitos sociais. Esse deslocamento da satisfação de necessidades da esfera pública para a esfera privada ocorre em detrimento das lutas e de conquistas sociais e políticas extensivas a todos. [...] Esse processo expressa-se em uma dupla via: de um lado, na transferência de responsabilidades governamentais para organizações da sociedade civil de interesse público, e, de outro em uma crescente mercantilização do atendimento às necessidades sociais [...]. Ambos expressam a forma despolitizada de abordagem da questão social (IAMAMOTO, 2001, p. 35).

Os espaços ocupados pelo Terceiro Setor expressam sua atuação em diversas atividades na área social, sem responsabilização ao Estado sobre a questão social, pois os problemas sociais passam a ser individuais. Decorre o crescimento ao apelo à solidariedade e voluntarismo, esvaziando princípios democráticos e universalizantes das políticas sociais públicas determinados pela CF/88. (MONTAÑO, 2003).

O cenário brasileiro, decorrente da Reforma do Estado, expressa uma democracia débil na garantia de igualdade de condições para o exercício da cidadania, pois difunde diversidade de concepções como: participação na dimensão individual; empoderamento,



principalmente de segmentos da comunidade e a *accountability* dos gestores públicos; legitima o cidadão-cliente ou cidadão-consumidor; define o poder em caráter prescritivo, sem conteúdo ético; interpreta relações entre indivíduo e sociedade como resultado de demandas individuais; naturaliza relações capitalistas de produção e mercado mundializado, contribuindo para disseminar a concepção de que a ética é problema de moralidade do indivíduo, cabendo-lhe procurar agir estabelecendo limites na lógica do lucro. Trata-se de concepções em que a organização da sociedade resulta do fato dos indivíduos buscarem satisfazer necessidades, concebidas como naturais e não produtos do capitalismo.

Os valores e referências que predominaram em projetos e discursos fundamentaram-se no vender, negociar, investir; pobreza, exclusão social, desemprego, subemprego, violência, crise moral foram incorporados como traços de convivência cotidiana. O desmonte de valores, padrões relacionais, produtivos e ideológicos; destituição de direitos; dissociação entre a palavra e gesto; individualismo e ironia tornam-se rotina. (DONISETTI, 2007, p.43).

Estes aspectos contribuem para a desorganização e desmobilização da sociedade civil, reduzindo-se possibilidades de construção e de resistência ao projeto hegemônico. Este se expressa por meio de discurso único, com estilo de linguagem universal e conceitos-chave capturados da esquerda com os conteúdos essenciais invertidos, como: reforma estrutural significa transferência da propriedade pública para as empresas privadas; reforma econômica no sentido de redução de investimentos sociais e transferência de subsídios públicos aos setores privados (PETRAS, 1997). Este discurso soa como o mais competente para que setores populares, e nestes os mais pobres, creditem aos canais do poder resolver problemas coletivos sem consultá-los.

A era FHC caracterizou-se pela tensa conciliação dos objetivos macroeconômicos da estabilização com as metas de reformas sociais voltadas para melhorar a eficiência das políticas públicas. Particularizando-se o redimensionamento do aparato estatal nestas políticas explicita-se que teve como fundamento a retração do Estado de direito; mercantilização e instrumentalização dos direitos sociais pela racionalidade econômica; e retrocesso na construção democrática e exercício da cidadania.

Com a crescente subordinação das políticas sociais à lógica das reformas estruturais para a estabilização da economia, mesmo que não se avance para a privatização total da área social, constata-se redução das responsabilidades do Estado nas políticas sociais. A redução de recursos tem significado deterioração dos serviços sociais públicos, comprometendo a cobertura universalizada, qualidade e equidade. (YASBECK, 1997, p. 9).

Estes aspectos correspondem às exigências do modelo gerencial instituído nas instâncias destas políticas, que implica na flexibilidade, agilidade e relação estável entre eficácia, eficiência e efetividade.

A adoção de políticas sociais inclusivas se torna mais difícil e referências institucionais que antes eram fórum de debate político são substituídas pelo Programa Comunidade Solidária. O Estado e agências internacionais interferem nas prescrições constitucionais que viabilizariam a integração de políticas de Seguridade Social; desconsideram direitos esvaziando mediações democráticas construídas [...]. (MORAES, 2003, p. 3).

O acesso aos bens públicos, serviços essenciais e Justiça apresenta-se de forma desigual e discriminatória. A redução do poder público na garantia de direitos e a baixa credibilidade no Estado fortalecem sentimentos de impotência política, desamparo e conformismo; diminuem possibilidades de interlocução com a sociedade civil (DINIZ, 1997), e incluem medidas restritivas aos princípios, diretrizes e recursos das políticas sociais que contradizem as determinações da CF/88 acarretando diversas conseqüências como:

[...] o desemprego aumentou e a situação dos mais carentes piorou, o que desencadeou elevação na demanda por benefícios e serviços sociais (particularmente os relacionados à Seguridade Social: Previdência e Saúde). [...] o desmembramento das ações relativas à Seguridade Social em três Ministérios provocando problemas gerenciais e administrativos que facilitam o controle total da área econômica sobre os recursos da área social, com perda da autonomia de gasto pelos setores sociais e deterioração, sem precedentes, de serviços essenciais, como a saúde. (SOARES, 2001, p. 157).

Os males dos programas sociais foram identificados sob diversos aspectos como: falta de planejamento e coordenação; superposições de competências entre os níveis de governo; indefinição de prioridades; reduzida capacidade redistributiva das políticas sociais; carência de critérios transparentes para a alocação de recursos e de mecanismos de fiscalização e controle. Na visão de Draibe (2001) o governo assumiu como estratégia: avançar nos processos de descentralização, focalização e parcerias com o setor privado, lucrativo ou não.

Como expressões marcantes do governo FHC, no que se refere às políticas sociais menciona-se que na saúde o PSF, a partir de 1996, passou à denominação de ESF, expressando a reforma do modelo de assistência do SUS em nível de AB a ser prestada em UBS "[...] com a implementação acelerada e em nível nacional dessa Estratégia, com novas práticas gerenciais e emergência do processo de formulação da nova NOB/96, tem início o período de reforma incremental do SUS". (VIANA; POZ, 2005, p.229). Com esta mudança esperava-se que ocorresse a adoção de outro modelo, pois, a vigência do tradicional não

favorecia a interrelação entre princípios deste Sistema e o cotidiano das UBS. Também foi alardeada a necessidade de qualificação e treinamento de recursos humanos assumido por instituições de ensino superior, a partir de 1997, pelos pólos de capacitação.

[...] Mudanças lideradas por reformistas da saúde contribuíram para que ações e poderes do SUS fossem descentralizadas com a transferência de decisões e ações de AB para municípios, ampliando este paradigma, incorporando novos atores e saberes, gerando um paradoxo: um mínimo de investimento e mudanças nas aplicações ou controle dos recursos resultaram em melhoria nos seus indicadores (MORAES, 2003, p. 5).

As ações para implementar a ESF incluem o desenvolvimento de política industrial dos Genéricos; o campanhismo como estratégia de enfrentamento de doenças, repetindo-se a estratégia curativista, fundada na lógica tecnológica-empresarial e racionalidade biomédica.

No final do século XX, determinações dos organismos internacionais mantêm a continuidade de pacote mínimo de ações na saúde, assumido pelo Estado, que reconfigura o SUS. E com a NOAS/2001 as proposições de mudanças relacionam-se com a ampliação de responsabilidades dos municípios na ESF/AB; define o processo de regionalização da saúde; cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS; atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios.

Na área da educação destaca-se a aprovação da Lei de Diretrizes de Bases da Educação Nacional - Lei 9.394 – LDB (BRASIL, 1996) que foi um marco importante, pois deu rumo para a implementação de medidas reformistas nos diversos níveis do ensino, como a municipalização; definição dos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN; avaliação educacional (Provão e Enem); Programa de Manutenção e Desenvolvimento de Ensino – PMDE .

Na área da assistência social destacam-se programas e ações como: Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência; valorização do Idoso; Benefício de Prestação Continuada - BPC –; rede de Serviços de Atendimento à Criança; PETI; Programa Brasil Jovem.

Na Segurança Alimentar os principais programas referem-se: Distribuição Emergencial de Alimentos (cestas básicas), Assistência Alimentar e Combate a Carências, e pela Merenda Escolar. Além disso, ações de Combate Imediato à Pobreza, via transferências monetárias como: Bolsa-Escola; Auxílio-Gás; Bolsa Alimentação, que fortalecem a fragmentação e focalização do atendimento à necessidades sociais de segmentos populacionais em situações de vulnerabilidade. A resultante dessa perversa combinação, em um país como o Brasil, onde a

pobreza não é residual, foi (e continua sendo) o agravamento da miséria associada ao total desmantelamento das políticas sociais. [...] o preço a ser pago pelos mais frágeis – os de baixa renda e os agentes econômicos de menor poder de concentração de capital e menor capacidade de operação de sua própria liquidez – seria muito alto. (SOARES, 2001 p.156-157).

No governo de FHC , no seu duplo mandato, ocorreu um verdadeiro desmonte da nação, especialmente na área social, que se expressou através de um estrangulamento na alocação dos recursos; privatização dos bens públicos; primazia da política macroeconômica sobre as demais políticas fazendo crescer ainda mais a desigualdade social; aumentar a concentração da renda; e agravamento da questão social (LESBAUPIN; MINEIRO, 2002, p.45).

O sucessor presidencial, Lula, simboliza a possibilidade de mudanças do paradigma da administração pública dos governos anteriores, visto que defende a necessidade de se promover combater desigualdades sociais. Este direcionamento indica mudanças no aparato estatal que implicariam necessariamente colocá-lo a serviço e sob a participação e controle de seus usuários. A discussão sobre a viabilidade destas mudanças permeou a campanha presidencial e poderia ser indicativa de atendimento às reais necessidades de setores que demandam por serviços e recursos públicos, inclusive nas políticas sociais. Todavia,

O presidente Luiz Inácio da Silva foi eleito pela esperança de mudanças reais, aquela que um dia venceu o medo. Elegeu-se pela indignação nacional diante dos resultados de uma política que concentrou renda, privilegiou o setor financeiro, aumentou taxas e tarifas dos serviços públicos, suprimiu direitos sociais, multiplicou a indigência e o desemprego, comprimiu e não reajustou salários e vencimentos (AMOROSO-LIMA, 2006, p. 87).

A continuidade do modelo gerencial foi assumida por Lula desde o primeiro mandato, iniciado em 01.01.2003, contribuindo para o fortalecimento inclusive do Estado mínimo. Em seu programa de governo e na famosa Carta ao Povo brasileiro, ficou explicitada muito mais a defesa dos interesses do mercado do que os da população.

[...] os beneficiários da política neoliberal são a grande burguesia brasileira, principalmente o seu setor financeiro, e o capital forâneo, notadamente, o financeiro internacional - e o governo Lula tem agido pressionado por eles mantendo o modelo econômico neoliberal dependente. Tudo se subordinou ao mesmo mote: construção da confiança do capitalismo financeiro no governo. (AMOROSO-LIMA, 2006, p. 57).

A expectativa de parcelas significativas da população era a de mudanças significativas na direção de reformas democráticas, mesmo que em ritmo lento.

[...] para quem esperava [...] pelo início de um programa efetivo de mudanças, com prazos e caminhos construídos com sólida impulsão social, foi pesaroso ver que a primeira reforma do governo Lula foi agendada pelo FMI, imposição que o governo aceitou sem resistência, desestruturando um setor importante da classe trabalhadora brasileira, composta pelos funcionários públicos; sempre foi um dos pilares de sustentação do PT, particularmente no período da Ditadura Militar. (ANTUNES, 2004, p. 2).

A herança neoliberal se manteve sob diversos aspectos como: abertura comercial; desregulamentação financeira; privatização; ajuste fiscal; pagamento da dívida; redução dos direitos sociais; desregulamentação do mercado de trabalho. O governo Lula assumiu administrar esta herança sem avançar na sua superação, o que se revela na conservação da política econômica; promoção das reformas previdenciária e tributária; desmobilização dos movimentos sociais.

Diante das condições postas pela correlação de forças nacional e internacional, Lula firmou o compromisso de respeitar os contratos assinados pelo governo anterior, sobretudo com o FMI, o que tem implicado, até agora, a manutenção da política econômica herdada dos governos neoliberais. A reforma na previdência social em nada se diferenciou da perspectiva do governo anterior. Ao contrário, ampliou o desmonte dos direitos dos trabalhadores iniciado por FHC, num verdadeiro processo de contra-reforma pelo fato de que as classes dominantes e seus governos não acolheram as exigências dos de baixo. Manteve também intocado o caráter regressivo do sistema tributário, que prossegue favorecendo elites econômicas (SIMIONATTO, 2006, p. 29).

O governo Lula permeado por problemas políticos, econômicos, financeiros, administrativos o que evidencia que “[...] não tomou a direção que lhe foi apontada pela maioria dos seus eleitores”. (AMOROSO-LIMA, 2006, p. 83 ). Caracteriza-se pela baixa inflação, redução do desemprego e constantes recordes da balança comercial; incentivo às exportações; estímulo ao micro-crédito; maior crescimento real do salário mínimo, resultando na recuperação do poder de compra de segmentos populacionais de redução condição aquisitiva. Estes resultados fundamentam-se em medidas neoliberais e que no segundo mandato com um novo *slogan*: “Segurança, Educação e Saúde são prioridades para 2008”, tem direcionamento determinado no Programa de Aceleração do Crescimento - PAC. A convivência com crises em diversos setores (aéreo, político, ética, racionamento de gás, hospitais universitários), também singularizam a adoção de estratégias visando manter o ideário neoliberal.

Nas políticas sociais como a da saúde identifica-se a ampliação da AB/ESF em UBS, que convive com desvios da verba de saúde, terceirização dos serviços, diminuição do gasto por pessoa e engessamento do controle social.

A lógica da política de saúde do governo Lula é simples: Estado mínimo para os direitos sociais significa uma saúde pública mínima. É principalmente no segundo mandato (mais especificamente a partir de março de 2007), quando o Banco Mundial apresenta sugestões para reverter a situação da saúde pública, que se configura com mais clareza a política de saúde nos padrões neoliberais: redução de gastos públicos, cortes no financiamento e fortalecimento da gestão. O PAC-Saúde e o Mais Saúde, programas do MS, explicam como isso será possível: com o racionamento dos gastos públicos, a formação de profissionais para o SUS e a qualificação da gestão. (GUENA, 2008, p. 1).

O empenho na formação dos profissionais visa capacitação técnica para o atendimento nas UBS/ESF, que inclui como medida a criação da residência multiprofissional. A prioridade pela qualificação inclui a proposta de modernização dos processos de gestão da saúde pública concretizada também com a implantação de um novo modelo de gestão: as Fundações Estatais de Direito Privado, que significa a defesa da privatização da saúde pública, perdas de direitos dos trabalhadores e desrespeito aos princípios do SUS.

A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno que ocorre no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortificados. A defesa do papel do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população tem sido fortalecida pois, com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida. Considera-se que a proposição de políticas focalizadas é a “anti-política” social, pois permite a “inclusão” não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social (SOARES, 2003, p. 55).

Na área educacional, ocorre a continuidade no processo de reformas iniciado no governo precedente, correspondendo ao esvaziamento do sentido da política educacional, que não recupera a noção de integralidade na formação humana; sem cobertura ampla e universal. É confundida como política social de alívio à pobreza. O MEC assume viabilizar uma política educacional inclusiva e de qualidade, que envolve riscos devido restrições orçamentárias e atuação de governos subnacionais responsabilizados pela municipalização do ensino; definição de diretrizes desde a creche à pós-graduação; incentivo à parceria público-privado; valoriza a expansão do ensino privado.

Na área de Assistência Social, destaca-se a criação do Ministério da Assistência Social – MAS - que assumiu atribuições que o posiciona como responsável na condução de diversos programas sociais. Além deste o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar – MESA, cumpriu com Programa Fome Zero promessa de campanha e foi extinto com a criação do Bolsa Família.

Com a atuação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS (MP nº 163, 23.01.2004) as políticas e programas de segurança alimentar, transferência de renda; assistência social compõem o Bolsa-Família, que as unifica para promover a proteção social a famílias, crianças, adolescentes e jovens, pessoas com deficiência, idoso das camadas mais pobres da população.

A Política Nacional de Assistência Social - PNAS - que consolida princípios, diretrizes, objetivos e ações, em particular a proteção social básica, através dos Centros de Referência da Assistência Social - CRAS - e proteção especial de média e alta complexidade, através dos Centros de Referência Especializada de Assistência Social - CREAS - ; propõe e implanta o Sistema Único de Assistência Social - SUAS (BRASIL, 2004).

O SUAS, cujo modelo de gestão é descentralizado e inclusivo, deve implantar uma nova lógica de organização das ações sócio assistenciais, ofertada mediante um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios, tendo como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidas pelas funções que desempenha, pelo número de pessoas que delas necessitam e pela sua complexidade (BRASIL, 2004, p. 12).

A enunciação de aspectos que configuram a era Lula evidencia que esta representa uma ruptura simbólica ao neoliberalismo, gerando paradoxo:

Se o que se vislumbra no horizonte é o sonho acalentado ao longo de tantos anos de luta, do avanço efetivo no processo de radicalização da democracia no país, na direção de uma sociedade mais justa e igualitária, o programa eleito fez grandes concessões às elites, historicamente descomprometidas com essa perspectiva. [...] Na verdade, os rumos após o pleito eleitoral estão, em parte, nas mãos dos trabalhadores brasileiros, nas lutas que terão que travar para que não prevaleça concessões do momento eleitoral e, sim, sonhos de largo prazo dos que nunca tiveram o poder decisório. [...] chegar ao governo não é necessariamente chegar ao poder, ainda que signifique deter um poder significativo (BOSCHETTI; BEHRING, 2003, p. 16).

Ressalta-se então a necessidade dos sujeitos coletivos captarem as políticas sociais públicas na sua totalidade, o que significa articulação à política econômica. Esta por ser neoliberal indica a ausência ou a drástica redução das políticas sociais. Mas, as de cunho universalistas fundamentadas nos princípios constitucionais exigem uma política econômica radicalmente oposta da que continua sendo implementada.

Com esta configuração da conjuntura nacional ressalta-se que os rumos que as políticas sociais tomarão constituem, ainda, desafios, como os rumos do trabalho no modo de produção capitalista. Com esta compreensão não se descarta possibilidades de se mover no plano teórico-prático, mesmo considerando os tortuosos caminhos que apontam que

mudanças se fazem necessárias para a construção de um projeto societário contra hegemônico.

## **1.2. PNI: conquistas e interrelação com outras determinações legais**

### **1.2.1 PNI em revista – Eixos Centrais**

O marco mundial que desencadeou as discussões sobre idosos foi Iª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas – ONU –, realizada em Viena (Áustria), no período de 26.07 a 06.08.1982 (ONU, 1982). Neste fórum com representação de 124 países, incluindo o Brasil, foi elaborado e aprovado o Plano de Ação para o Envelhecimento, publicado em Nova Iorque, em 1983, visando sensibilizar os governos e sociedades para a necessidade de direcionar políticas públicas para os idosos, referenciando-se à intervenção e aos estudos sobre os aspectos do envelhecimento.

Neste Plano foram definidas estratégias e recomendações prioritárias nos aspectos econômicos, sociais e culturais do processo de envelhecimento de uma população fundamentando-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos, tendo princípios para a implementação de políticas sociais sob responsabilidade de cada país, como: configurar a família, nas suas diversas formas e estruturas, a unidade fundamental mantenedora e protetora dos idosos; prepará-los e lhes assegurar assistência integral nos aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais, religiosos.

Também foi deliberado que aos idosos deve ser proporcionada a oportunidade de contribuição para o desenvolvimento dos seus países; a participação na formulação e implementação de políticas sociais, especialmente aquelas a eles direcionadas; os órgãos governamentais, organizações não governamentais – ONG's – precisam dispensar atenção especial aos grupos vulneráveis, priorizando-se os idosos.

Estas referências contribuíram para fortalecer a importância do envelhecimento populacional no Brasil, inclusive subsidiando determinações legais com a PNI – Lei nº 8.842, aprovada em 04.01.1994 (BRASIL, 1994) e regulamentada pelo Decreto nº 1.948 (BRASIL, 1996). Esta Lei define o idoso com idade igual ou superior a 60 anos; tem por finalidade assegurar direitos sociais, que garantam a promoção da sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, que traduz o exercício da sua cidadania.

Também amplia-se com esta Política, o entendimento do processo de envelhecimento reconhecendo-se responsabilidades governamentais, da sociedade e da família reiterando que o idoso precisa ser percebido e respeitado como principal sujeito e destinatário das



prerrogativas que determina a não discriminação, segregação e preconceito.

Esta Política condensa eixos norteadores em princípios, diretrizes, organização e estratégias de gestão, cuja execução compete aos estados e municípios referindo-se ao atendimento ao idoso será prioritariamente realizado pelas famílias, em detrimento do atendimento asilar: como regime de internato, é indicado para o idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. (BRASIL, 1996).

A mencionada Política determinou a articulação e integração de setores ministeriais e uma secretaria para a elaboração do Plano de Ação Governamental para a Integração da PNI envolvendo instâncias governativas: Ministérios da Previdência e Assistência Social; Educação e Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão; e Secretaria de Desenvolvimento Urbano. (BRASIL, 1997). Referencia à necessidade de integração entre estas instâncias, delimitando estratégias para cada órgão das diversas políticas sociais; negociação de recursos financeiros entre as três esferas governamentais; exigência de acompanhamento, controle e avaliação, reiterando diretrizes de:

- viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, proporcionando-lhe integração às demais gerações;
- promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de suas organizações representativas na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;
- priorizar o atendimento ao idoso na sua família, em detrimento do atendimento asilar, à exceção do que não dispõe de condições de garantir sua sobrevivência;
- descentralizar as ações político-administrativas;
- capacitar e reciclar os recursos humanos em geriatria e gerontologia;
- implementar o sistema de informações visando divulgar a Política, serviços oferecidos, planos e programas em cada nível de governo;
- estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre aspectos do envelhecimento;
- priorizar o atendimento ao idoso em serviços públicos e/ou privados;
- apoiar estudos e pesquisas sobre questões do envelhecimento.(BRASIL, 1994).

Na busca da implementação desta Política, têm ocorrido fóruns, seminários, encontros, cursos de qualificação e capacitação de recursos humanos envolvendo discussão sobre direitos dos idosos visando efetivá-la e ampliá-la.

A referida Política apresenta ações inovadoras como referência na abordagem sobre o idoso. Todavia, a garantia dos direitos sociais não tem se concretizado efetivamente, pois a implementação da mesma tem ocorrido de maneira lenta e gradativa. Cabe aos idosos, às

famílias e à sociedade ampliar a conscientização e participação política para que possa ser ampliada esta efetivação visando garantir seus direitos assegurados nesta Política.

Sobre as entidades públicas esta Política determina obrigações, como: estimular a criação de locais de atendimento aos idosos; centros de convivência; casas-lares, oficinas de trabalho; atendimentos domiciliares e outros; apoiar a criação de universidade aberta para a Terceira Idade; e impedir a discriminação do idoso e sua participação no mercado de trabalho.

A continuidade da implementação desta Política tem sido direcionada pelas indicações e determinações da IIª Assembléia Mundial do Envelhecimento (8 a 12.04. 2002) realizada em Madri, promovida pela ONU que resultou no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento – PIAE. A necessidade deste encontro decorreu das mudanças sociais, culturais e tecnológicas em nível mundial e neste ficou explícito que o Plano deveria servir de orientação às medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI. Esta expectativa referiu-se especialmente aos países em desenvolvimento, como o Brasil, uma vez que subsidiaria programas dirigidos aos idosos. Destaca-se que tal Plano fundamentou-se em três princípios básicos: “[...] participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e erradicação da pobreza; promoção da saúde e bem-estar na velhice; criação de ambiente propício e favorável ao envelhecimento”. (ONU, 2002).

Também foi referendada a defesa de que em nível mundial é preciso garantir à fração populacional que envelhece segurança e dignidade, que implica a ampliação das possibilidades de conquista de direitos. A adoção medidas pelos governos nacionais foi recomendada incluindo parcerias com setores da sociedade civil e setor privado para a sua execução. Acresce-se que o direcionamento destas ampliações se inscreve na concepção do envelhecimento ativo: marco para elaboração de políticas, singularizando-se como novo paradigma para a compreensão e intervenção nas consequências e possibilidades do envelhecimento. Neste Plano, a inserção feita pela Organização Mundial da Saúde - OMS (2005) às políticas de saúde na área do envelhecimento explicita os determinantes de saúde (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços).

O que temos constatado é que a existência da PNI não eliminou a dimensão do exercício da cidadania, que depende da criação de condições favoráveis à manutenção de seu poder de decisão, escolha e deliberação. Acreditamos que estas condições, para serem efetivadas, demandam que a sociedade perceba que precisa mudar seu comportamento em relação ao envelhecimento. Neste sentido é preciso que seja garantido ao idoso o respeito aos direitos sociais, espaços de participação política e inserção social. (ARBEX, 2006, p. 62)

### **1.2.2. Interrelação com Determinações Legais**

A interconexão entre a PNI e outras determinações legais se explicita na ampliação que estas passam a indicar como possibilidades de direcionamento do atendimento às necessidades do idoso. Entre estas determinações identifica-se as que tratam dos aspectos do envelhecimento contemplando políticas sociais de natureza universais (como saúde, educação, assistência social, tomando-se como parâmetros a CF/88) e as que especificam aspectos inerentes a cada uma destas políticas.

Considerando esta identificação menciona-se para fins deste estudo, a configuração da PNSI; Estatuto do Idoso; e programas que singularizam medidas de proteção à saúde da fração populacional idosa.

#### **a- Política Nacional de Saúde do Idoso**

A determinação legal - Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI (Portaria GM/MS n.º 1.395 – 10.12.1999) estabelece as diretrizes norteadoras da definição e redefinição dos programas, planos, projetos e atividades visando atenção integral à parcela da população em processo de envelhecimento (pessoas com idade superior a 60 anos), inclui: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio aos estudos e pesquisas.

A vinculação e inserção desta Política se inserem na responsabilização aos gestores do SUS, para que articule atribuições comuns e específicas com a finalidade de prover meios e atuar no sentido de viabilizar o alcance dos objetivos que a delimitam. Para tanto, é necessária a organização, estruturação e implementação de ações que envolvem a articulação entre instâncias que compõem este Sistema e com os que estabelecem parcerias e integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionados com a presente Política (BRASIL, 2002).

Ressalta-se que as demandas de saúde do segmento de idosos requerem atenção específica que se constitua como prioridade política dos governantes nas instâncias federais, estaduais e municipais, para que se possa minimizar custos para o SUS e proporcionar a este segmento melhores condições de saúde, que se traduz na preservação da sua capacidade funcional, sua autonomia e manter seu nível de qualidade de vida (GORDILHO *et al.*, 2000, p.51).

## **b - Estatuto do Idoso**

A possibilidade de criação deste instrumento legal iniciou-se com o Projeto de Lei nº 3.561 de 1997 de iniciativa do movimento de aposentados, pensionistas e idosos vinculados à Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP (PAIM, 2003). Em 2000, foi instituída na Câmara Federal uma Comissão Especial para tratar das questões relacionadas ao Estatuto e ainda em 2000 e 2001 foram realizados Seminários Nacionais para discussões sobre a temática. (COSTA; MENDONÇA; ABIGALIL, 2002 p.3).

Este Estatuto foi sancionado em 2003, pelo Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva (Lei nº 10741 de 01.10.2003, entrou em vigor em 01.01.2004) que afirmou:

Seus 118 artigos formam um guarda-chuva de garantias legais que a sociedade devia aos seus idosos. A partir de agora, eles terão uma ampla proteção jurídica para usufruir direitos da civilização sem depender de favores, sem amargurar humilhações e sem pedir para existir. Simplesmente viver como deve ser a vida em uma sociedade civilizada: com muita dignidade (BRASIL, 2003).

Este conjunto de artigos sobre diversas áreas dos direitos fundamentais, inclui necessidades de proteção dos idosos, visando reforçar as diretrizes da PNI, contendo cinco tópicos: Direitos Fundamentais, Medidas de Proteção ao idoso em estado de risco pessoal ou social; Política de Atendimento, por meio da regulação e controle das entidades de atendimento ao idoso; Acesso à Justiça, com a determinação de prioridade ao idoso nos trâmites judiciais e a definição da competência do Ministério Público na defesa do idoso; e Crimes em Espécie, instituindo-se novos tipos penais para condutas lesivas aos seus direitos.

Nos Direitos Fundamentais do Idoso são disciplinados os direitos à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, aos alimentos, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social e à assistência social, à habitação e ao transporte.

Apona para uma tendência de transformar os idosos em sujeitos de direitos, ao lado de outras leis que regulam os direitos de minorias, dos invisíveis para o capital, dos não-rentáveis, garantindo-lhes direitos civis, políticos e direitos humanos. Em relação aos direitos sociais que garantem a reprodução social destes sujeitos, a Lei os inclui formalmente como obrigação do Estado, inserindo o direito à vida como um direito social. “O envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção um direito social, nos termos desta lei e da legislação vigente”.

Na área da saúde, o Estatuto contempla: atendimento integral pelo SUS; atendimento

geriátrico em ambulatorios; atendimento domiciliar; reabilitação; fornecimento de medicamentos, próteses e órteses; direito de opção pelo tipo de tratamento; direito a acompanhante; proibição de discriminação em plano de saúde; treinamento dos profissionais de saúde, dos cuidadores familiares e dos grupos de auto-ajuda (BRASIL, 2003).

As Medidas de Proteção visam defender os idosos da violação a seus direitos, em virtude de ação ou omissão da sociedade ou do Estado; de omissão ou abuso da família, do curador ou da entidade de atendimento ou, ainda, de sua condição pessoal. Nesses casos, cabe ao Ministério Público a intervenção imediata para proteção do idoso em estado de risco.

Este instrumento legal é um dos principais sobre o direito do idoso e sua aprovação representou um passo importante da legislação brasileira, pois, consolida os direitos já assegurados na CF/88, sobretudo na proteção ao idoso em situação de risco social; e sua adequação às orientações do Plano de Madri. Inclui leis e políticas aprovadas; incorpora novos elementos e enfoques, na dimensão de tratamento integral ao estabelecimento de medidas destinadas a proporcionar o bem-estar dos idosos; corrobora os princípios que nortearam as discussões sobre os direitos humanos da pessoa idosa. Trata-se de uma conquista para a efetivação destes direitos, especialmente por tentar proteger e formar base para a reivindicação de atuação da família, sociedade e Estado visando amparar e respeitar os idosos.

O Estatuto do Idoso, como expressão da função normativa e reguladora do Estado, institui mecanismos que instrumentalizam as ações de fiscalização e de controle social do trabalho das organizações governamentais e não-governamentais, com normas de exigências no atendimento ao idoso, de instalações físicas e das ações prioritárias dos princípios e diretrizes a serem observados na execução de programas sociais para idosos. Dentre essas, a obrigatoriedade das entidades governamentais e não-governamentais de inscreverem seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselhos (estaduais e municipais) de Direitos da Pessoa Idosa. [...] A própria Lei estabelece o Ministério Público, a Vigilância Sanitária, e os Conselhos como órgãos competentes na fiscalização das entidades de atendimento ao idoso, cabendo aos Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas. (TEIXEIRA, 2006, p.77).

Esta responsabilização e exigências às instituições destinadas ao atendimento de necessidades do idoso têm sido discutidas uma vez que a garantia desses direitos é ambígua, reafirma-os como responsabilidade do Estado e nega-os ao remeter execução da política para a sociedade civil, para o campo da ajuda social e da lógica do mercado.

Embora a Lei garanta os direitos, sua efetividade está difusa num campo nebuloso do público não-estatal, ou seja, são repassados para o âmbito

privado(lucrativo ou filantrópico), das iniciativas da sociedade civil, que não se regem pelos princípios de redistributivismo, universalismo, pelos limites de sua ação, mas pela ajuda solidária, no caso do setor não mercantil, ou pela concorrência, eficiência, por uma lógica empresarial que invade áreas, anteriormente, não mercantilizadas, para o setor mercantil lucrativo. (TEIXEIRA, 2006, p.88).

Também merece destaque que

[...] traz ambigüidades, decorrentes do modo dominante ou de uma nova cultura de compreensão dos direitos sociais e das políticas sociais que visam garanti-los, como aquela que divide responsabilidades sociais no trato das refrações da questão social, com a família, comunidade, sociedade e Estado, e que legitima e incentiva as ações de organizações não-governamentais na execução da política social. (TEIXEIRA, 2008, p.289).

Entende-se que com estes esclarecimentos o Estatuto representa um marco legal que expressa avanço no fortalecimento da cidadania do segmento idoso e que defende

[...] um padrão legal de necessidades mínimas, mas não as necessidades mais específicas ou mesmo critérios mais abrangentes geradores de efetivo atendimento ao idoso: trabalho, velhice, previdência e assistência social são temas fundamentais e de fortes conexões. Esses fatores conjuntamente são medidores do equilíbrio social (COSTA, 2004, p. 3).

#### **d- Programas de atenção à saúde do idoso: possibilidades e limites**

Os instrumentos de organização da ação governamental denominados de programas oficiais com destinação a atendimento de necessidades específicas visam corresponder às determinações das Políticas apresentadas e do Estatuto do Idoso.

Mesmo considerando a intervenção pública, reconhece-se que ações de atenção ao idoso têm sido implementadas por iniciativa de associações filantrópicas, ONG's.

O Programa Valorização e Saúde do Idoso, implantado em 2000, objetiva promover a valorização da pessoa idosa no que concerne à sua saúde, independência funcional e assistência social. Este Programa tem como principais ações: pagamento do BPC à pessoa Idosa, reiterando determinação da LOAS; pagamento de renda mensal vitalícia por idade; atendimento à pessoa idosa; vacinação de idosos com idade superior a 60 anos.

Propõe-se como medida corretiva para a melhoria das ações prestadas, a redução das verbas para apoio a eventos e pesquisa; introdução de ações mais objetivas que apresentem alternativas à internação hospitalar (assistência domiciliar de média complexidade, e residência terapêutica, para esvaziar as Casas de Saúde de longa permanência).

A equipe técnica para gerenciar o conteúdo do programa, de natureza multissetorial,

necessita estar permanentemente articulado com os demais órgãos vinculados buscando promover pesquisas; capacitar profissionais para atender os mais velhos; programas de vacinação e de assistência social.

O Programa articula ações da saúde e da assistência social, mas tem potencial para incluir as da educação; trabalho e emprego; esporte e cultura, considerando-se como importante apoiar a gerência na promoção da integração destas áreas com as quais tem interfaces.

Este Programa, iniciativa do governo federal, ainda não criou condições operacionais nas esferas federal e estadual para a implementação das Políticas do Idoso, pois não existe coordenação do sistema, deste modo algumas experiências municipais isoladas têm ocorrido, não se observando uniformidade de ação (BRASIL, 2002).

A ESF no seu contexto geral de ação possui direcionamento que inclui o idoso como usuário comum, como consequência do nível de AB que se expressa na atuação das UBS. Acresce-se que, de forma isolada, algumas equipes de saúde têm sido capacitadas para a atenção ao idoso, cumprindo a assistência domiciliar ao idoso prevista na PNSI (COSTA NETO, 1999; PROTTI, 2002).

A rede de atenção básica ainda não trata a questão da saúde do idoso de maneira coletiva, exceto por programas que indiretamente o contemplam como: ações sobre as doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*, para atender as necessidades dos idosos portadores dessas enfermidades (BRASIL, 2002).

Cabe pontuar que medidas de natureza diversas tem sido pensadas como:

Em 12.12.2002, o ministro de Estado da Saúde considerando a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na PNSI resolve criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e determinar às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde a adoção das providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Hospitais Gerais e dos Centros de Referência que integrarão estas redes. (BRASIL, 2003).

Com dados coletados do sítio do MS (<http://portal.saude.gov.br/saude>) na Internet pode-se elencar as ações e programas desenvolvidos atualmente pelo Governo Federal:

- distribuição medicamentos (SUS) para doenças de Alzheimer e Parkinson;
- campanha nacional de imunização do idoso (desde 1992);
- campanha nacional de cirurgias de cataratas;

- programa de capacitação profissional e cuidadores de idosos (não implantado);
- estudos e pesquisa epidemiológica de base sobre agravos e doenças prevalentes (não implantado);
- garantia de acesso do idoso aos planos de saúde

Considerando estas determinações como indicativas de possibilidades de atendimento às necessidades dos idosos esclarece-se que:

[...] a publicação intitulada Direitos Humanos e Pessoa Idosa, datada de 2005, discute não apenas a concretização dos direitos à promoção de vida e liberdade, mas também a erradicação das desigualdades e da discriminação contra os idosos. É uma contribuição à sensibilização da sociedade para problemas enfrentados pelos idosos. É um alerta à população para reflexões sobre direitos humanos, cidadania e velhice. (ALMEIDA; GONÇALVES; LIMA, 2005).



## **2 GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM JUIZ DE FORA: ÁREA DO IDOSO – SINALIZAÇÃO DE CONQUISTAS E DESAFIOS**

### **2.1 Administração Municipal - compromissos de gestão com políticas sociais**

A administração dos municípios brasileiros está condicionada ao cumprimento de instrumentos legais, como a exigência da CF/88 que determina que sejam regidos por Leis Orgânicas próprias; ao Estatuto da Cidade (Lei Federal nº 10.257), aprovado em 2001, que amplia o papel do governo municipal no processo de desenvolvimento urbano e de gestão do território.

Estes instrumentos sinalizam a vontade política da administração municipal que se traduz também no processo de gestão de políticas sociais públicas que a partir da CF/88, enuncia possibilidades de garantias legais de direitos individuais e coletivos, conforme referências apresentadas no item 1.1. Assegurando-se nas determinações constitucionais e infraconstitucionais evidencia-se que mudanças substantivas têm sido efetivadas significando o redirecionamento destes direitos e das diretrizes destas políticas, especialmente a da saúde, educação e assistência social, correlacionado-as com as que expressam a priorização do idoso, que também reiteram o referencial do item 1.2.

Retoma-se que a decisão de ampliar este espaço ocorreu no âmbito da Constituinte, o que demonstra que, no caso brasileiro, a descentralização e municipalização estão longe de ser uma questão de ordem exclusivamente administrativa, impulsionada, nos seus anos iniciais, pelo governo federal ou por organismos multilaterais, como tem sido em muitos países em desenvolvimento, mas sim uma questão política.

No final dos anos 90, novas políticas voltadas para a municipalização foram adotadas, embora suas motivações tenham sido diversas daquelas que prevaleceram no processo constituinte, uma vez que seu principal decisor e indutor foi o próprio governo federal. Essas políticas transformaram os governos locais nos principais provedores dos serviços universais de saúde, educação fundamental. (SOUZA, 2004, p. 32).

Esta capacidade sofre interferências de finanças públicas federais e estaduais, porque a liberação destes recursos (como os que se destinam a cumprir com determinações de programas específicos – hipertensos, diabéticos, educação fundamental, ESF) articulados com os de origem municipal (como o IPTU) constituem fonte para a governança e o provimento destas políticas. Acresce-se que a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000), também coloca limites na capacidade de despesa dos municípios e vários dispositivos legais impõem

restrições à sua capacidade de endividamento. Também foram introduzidas limitações ao poder das esferas subnacionais de decidir sobre a aplicação dos recursos. Apesar de restrições recentes na sua autonomia financeira, os municípios são os maiores beneficiados das transferências federais.

Reconhece-se que possibilidades de enfrentamento ao projeto conservador hegemônico têm registro histórico em governos municipais populares, que foram administrados por partidos ou coligações partidárias progressistas. Nestes a necessidade de negociação com governos federais e estaduais passou a ser a tônica para a conquista de mudanças. Reconhece-se também que em diversos municípios a gestão das políticas sociais se limitou e continua tendo como limite a defesa e difusão do que é apregoado pelos governantes federais e estaduais, simbolizando pactos políticos de consenso.

Nas duas situações identificadas como prevaletentes nota-se que municípios brasileiros têm que cumprir mandamentos constitucionais e infra constitucionais e que dependem de recursos para que possam ter acesso aos incentivos criados pelos governo federal e estadual, que estão assegurados em pressões dos organismos internacionais, que ditam as regras de vigência do neoliberalismo.

Políticas para superar os constrangimentos financeiros e de gestão da maioria dos municípios brasileiros foram engendradas pelo governo federal através da adoção de novos desenhos e formas de financiamento dessas políticas, que visam a municipalização da provisão de políticas sociais como a da saúde pública e da educação fundamental.

Antes da introdução desses novos desenhos, era comum a acusação de que a Constituição de 1988 havia transferido recursos, mas não competências, para os governos subnacionais e de que a União havia perdido receitas embora continuasse com as mesmas responsabilidades, as quais não podiam ser transferidas para as esferas subnacionais, que passaram a contar com maior volume de receitas. No entanto, a experiência brasileira está demonstrando que a questão da transferência de responsabilidade pela provisão de serviços sociais universais não se restringe à existência de mais recursos financeiros para serem alocados livremente pelos governos locais e nem a determinações constitucionais.

As pesquisas vêm mostrando que a variável mais importante para que a descentralização ocorra é o desenho institucional da política. A questão do desenho institucional tem recebido atenção crescente no que se refere ao seu papel nas políticas públicas. Dependendo de suas características, o desenho institucional pode ser decisivo no incentivo ou no constrangimento à descentralização. A municipalização da provisão dos serviços universais de saúde e educação fundamental, já inequívoca ou em processo acelerado de ampliação, parece comprovar esse argumento. Ambas as políticas foram

concebidas como um sistema complexo de relações intergovernamentais baseado em recompensas e sanções. (SOUZA, 2004, p. 35).

Tal sistema tornou racional para os municípios a adesão a uma nova institucionalidade. Como demonstra Arretche (2000), a transferência de responsabilidade pela implementação depende de estratégias indutivas desenhadas para delegar a implementação de uma dada política a outro nível de governo, de forma a superar os obstáculos à descentralização, que derivam de fatores estruturais e institucionais. Fatores de ordem gerencial também influenciam essa transferência.

A municipalização das políticas vem se expressando em resultados diversos como esclarece Arretche (2000): que a falência nas áreas da saúde e da educação decorre dos altos custos envolvidos na descentralização; na área de saneamento identifica escassez de recursos; na habitação existe elevado débito acumulado; a precarização da assistência social se explica pela ausência de repasses regulares de recursos (caso da assistência social).

Apesar da existência de grandes heterogeneidades entre os municípios, evidências empíricas mostram que, no agregado, os governos locais estão de fato substituindo o governo federal em algumas funções, enquanto outras se encontram em uma espécie de vácuo governamental, seja por causa da política federal de ajuste fiscal, seja porque o desenho da política a ser municipalizada não contemplou incentivos capazes de estimular a adesão dos municípios. (SOUZA, 2004, p. 37).

Esses resultados mostram que a descentralização/municipalização no Brasil não implicou a transferência de capacidade decisória para as esferas subnacionais, mas sim na delegação de responsabilidade sobre a implementação de algumas políticas sociais universais, o que não é tarefa fácil para milhares de municípios brasileiros. A experiência brasileira também mostra que as relações intergovernamentais evoluíram para um sistema lubrificado por recompensas e sanções, o que reduziu o grau de conflito entre os níveis de governo, mas, ao mesmo tempo, restringiu a autonomia de gasto e de decisão concedida aos governos locais pela CF/88. A experiência brasileira mostra que a indução de políticas e recursos federais é fator fundamental para que os governos locais assumam o papel de provedores de serviços sociais universais.

No entanto, algumas questões, velhas e novas, trazem dúvidas sobre a sustentabilidade dessa nova governança local e sobre sua trajetória futura.

A primeira é que o governo federal vem aumentando sua participação na receita total, desde meados dos anos 90, criando novas contribuições e aumentando as alíquotas das existentes; em ambos os casos, os novos

recursos não são constitucionalmente partilhados com os demais níveis de governo. A segunda é que a legislação que vincula receita dos três níveis de governo a serviços sociais universais precisará ser submetida à renovação, via novas emendas constitucionais, que requerem quorum qualificado. A terceira, relacionada com o que se vislumbra como uma nova tendência do governo federal que assumiu em 2003, fortalecida pela criação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, é que a ênfase da política social parece estar sendo deslocada de políticas sociais universais providas pelos municípios para programas de transferência de renda centralizados na instância federal, em que os municípios parecem ter, até o momento, papel secundário e cujo desenho institucional prioriza os fóruns comunitários locais. (SOUZA, 2004, p. 38).

Ademais, ainda não se vislumbram medidas voltadas para enfrentar os graves problemas de qualidade dos serviços universais providos pelas esferas locais. Assim como ocorreu com a transferência pela prestação desses serviços, o papel indutor do governo federal parece ser decisivo para que políticas voltadas para a qualidade dos serviços sejam iniciadas.

A municipalização de alguns serviços sociais universais, que gerou novas institucionalidades na governança local, não se limita à transferência de sua implementação, mas tem significado também o envolvimento das comunidades locais no processo decisório e de controle da implementação de políticas sociais. Esta é a significação atribuída aos fóruns decisórios de participação no controle de políticas públicas locais, como conselhos, conferências. Conforme enunciado no item 1.1 estes são canais de expressão de representantes de segmentos diversos, que ampliam possibilidades de empoderamento e de promoção da *accountability* dos gestores públicos, com formatos diferenciados, condicionados a determinações de legislação federal.

## **2.2 Estratégia de gestão de políticas públicas em Juiz de Fora – inserção do idoso?**

A configuração das instâncias governativas de Juiz de Fora que têm assumido a gestão de diretrizes políticas em que se pautam para prestar atendimento a idosos que buscam, em recursos e serviços das políticas sociais enumeradas, conquistar e garantir direitos constitucionalmente determinados, explicita a sua condição de usuário consumidor, ou seja, cidadão que precisa conservar sua dignidade como ser humano; e que por se estar vivendo a Terceira Idade, merece ser respeitado por suas características e por suas condições sócio-econômicas e culturais.

Retomando a conjuntura contemporânea brasileira, que traduz a vigência do ideário neoliberal, conforme explicitação apresentada no item 1.1. evidencia-se que a administração municipal de Juiz de Fora tem como parâmetro de gestão o que emana do governo federal e

estadual. Esta administração vem desde os anos de 1990 passando por alterações que decorrem do segmento que assume, após cada pleito, exercê-la.

Identifica-se que a capacidade de gestão dos governantes desta cidade também no que se refere às políticas sociais tem características que merecem ser sinteticamente elencadas mencionando-se os responsáveis em cada administração correspondendo aos períodos:

- a- 1989-1992 - Carlos Alberto Bejani – PRN;
- b- 1993-1996 - Custódio Antonio de Mattos – PSDB;
- c- 1997-2004 - Raimundo Tarcísio Delgado – PMDB;
- d- 2005-2008 – Carlos Alberto Bejani – PTB - PTB - retoma o grupo gestor que se responsabilizou pela gestão do município no período de 01 de janeiro de 2005 a 16 de junho de 2008. Assumiu o vice prefeito José Eduardo Araújo - PL, após a prisão de Bejani, pela Polícia Federal, sob a acusação de desvio de verbas públicas relacionado ao Fundo de Participação dos Municípios, na operação denominada de volta para Pasárgada. José Eduardo permaneceu no cargo até 01 de janeiro de 2009.
- e- administração - 2009-2012 - Custódio Antonio de Mattos – PSDB;

Considerando-se então estes representantes do executivo municipal que integram grupos gestores da administração local, evidencia-se que revelam um traço que singulariza Juiz de Fora: a permanência dos mesmos líderes na disputa das eleições, o que traduz que após o cumprimento de um período de administração ressurgem a candidatura de um deles, o que não provoca na população possibilidades de mudanças de rumos políticos e as inovações de campanhas não se revelam como redirecionamentos, posto que reassumem o comando da gestão municipal, ancorados principalmente no discurso de que o antecessor não cumpriu metas de campanha, não operacionalização dos planos e projetos.

Nesta direção cada líder eleito (cabe pontuar que Raimundo Tarcísio Delgado foi prefeito que antecedeu Carlos Bejani – na primeira gestão) tem manifestado sua vontade política de governar a cidade com participação e controle social, suscitando possibilidades de inserção de instâncias da sociedade civil no processo de democratização de recursos e serviços, inclusive das políticas sociais públicas.

O que se percebe pela documentação consultada é o cumprimento das exigências para cada política social: elaboração e aprovação de planos municipais; criação de conselhos contendo as normatividades em regimentos, comissões, estruturação e funcionamento; criação de fundos; possibilidades de articulação entre instâncias governativas. Alves (2005)

argumenta sobre medidas tomadas em administrações municipais que possibilitam o entendimento sobre estratégias de gestão que visaram a criação ou reordenação dos processos gerenciais: Planejamento Estratégico, criação de Regiões Administrativas, OP, Fóruns e Plenárias Regionais, Conferências e Congressos.

A prevalência da implementação recai em diretrizes e princípios que englobam: municipalização, equidade, descentralização, resolutividade, universalização, integralidade, considerando-se como dimensões prioritárias: regionalização e hierarquização dos serviços; a integração interinstitucional; a reorganização administrativa; a divulgação e participação da população; o sistema de informação; a política de capacitação e qualificação de recursos humanos.

Cabe apontar que sobre a dotação orçamentária para 2010 foi mantida a determinação constitucional: recursos destinados à educação (25%) e saúde (15%) em cumprimento à obrigatoriedade de percentual mínimo de gastos. (JUIZ DE FORA, 2009).

Esta alusão é fundamental porque com base na documentação consultada e sistematizada sobre as administrações dos prefeitos referenciados, identifica-se que a prevalência da vontade política no âmbito das políticas sociais de saúde, assistência social e educação se expressa pelo cumprimento das diretrizes emanadas dos governos federal e estadual. Este é o comportamento político esperado considerando-se as reflexões apontadas no item 2.1 sobre administrações de municípios brasileiros. As particularidades desta políticas em Juiz de Fora contemplam como aspectos principais:

**a-área da saúde** - As identificações relevantes na área da saúde correspondem que com aquelas diretrizes ficou delineado o modelo assistencial, composto por três níveis, que tem como unidade programática a divisão do município em 12 regiões sanitárias. Estas precisam funcionar de maneira integrada, visando "ações e serviços que correspondam a um conceito ampliado de saúde - ações básicas de cuidado à pessoas e aquelas voltadas para o meio ambiente", assumindo a administração dos serviços de saúde e a autonomia para gerenciar o conjunto de atividades" (JUIZ DE FORA, 1989, p. 4-10). Tais diretrizes foram pensadas visando responder "a plena necessidade de atenção à saúde da população das doze regiões sanitárias a partir da integralidade das ações de saúde, buscando superar a dicotomia entre preventivo/ curativo e individual/coletivo" (JUIZ DE FORA, 1989, p. 10).

A operacionalização destas diretrizes responsabilizada à SMS (que também passou por mudanças de denominações no decorrer das administrações municipais referenciadas), subdividindo-se em departamentos e gerências; assumindo a integração interinstitucional e

contando com o Conselho Municipal de Saúde - CMS- como órgão, deliberativo e normativo, tendo entre suas competências coordenar e controlar a gestão do SUS; dispor do Fundo Municipal da Saúde; gerenciamento da rede de serviços de AB; estabelecimento de parcerias com o sistema privado; terceirização; descentralização assumida a partir de 1991, com a assinatura do Convênio firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a PJJ.

As alterações ocorridas vincularam-se a denominações com relação a especificações hierárquicas, competências e funções que reiterar a manutenção de correspondência com as determinações legais que foram sendo aprovadas nos níveis federal e estadual.

A centralidade da política de saúde passou por mudanças recaindo AB com a ESF, que foi facilitada em razão da afinização partidária do governo federal e estadual com os gestores municipais. Em 1995 ocorreu a solicitação e aprovação da habilitação do município na condição de Gestão Semi-Plena, passando a assumir novas responsabilidades e prerrogativas como gerir toda a rede própria, incluindo aí o subsistema estatal e privado, contratado e conveniado. Em março de 1995 realizou-se a II Conferência Municipal de Saúde, com o tema central Os Desafios da Gestão Semi-Plena. Nesta Conferência foi reafirmada a necessidade de mudança do modelo assistencial, priorizando-se a prevenção, o fortalecimento da AB, a utilização da Epidemiologia como instrumento de Planejamento e Programação em saúde.

Em 1997 foi aprovado o Plano Municipal de Saúde - PMS-, que correspondeu a uma das exigências da Lei nº 8.142 para habilitação dos municípios nas novas modalidades de gestão previstas na NOB/96, configurando a responsabilidade da administração com serviços e recursos de saúde

[...] de tal forma que o estado de saúde dos indivíduos e população seja considerado como resultado das condições de vida, expressas na educação, lazer, renda, alimentação, liberdade, condições de trabalho e relação com o meio ambiente, transporte, moradia etc (JUIZ DE FORA, 1997, s. p.).

O mencionado Plano faz referência à necessidade de atendimento à saúde do idoso por meio de diretrizes específicas para enfrentamento dos problemas existentes, o que implicaria a criação de instrumentos bem definidos de controle e avaliação dos serviços públicos e privados contratados. Este direcionamento tem como explicação:

A rede de serviços (UBS, Institutos e Regionais), não está equipada e nem preparada quanto aos recursos humanos, material e de infra-estrutura para o atendimento a este cidadão, principalmente no que se refere a prevenção e reabilitação, tornando as dificuldades da população em geral em grandes problemas para o idoso (JUIZ DE FORA, 1997, s. p.).

Neste sentido foi identificada a população alvo no município 45.000 habitantes com idade superior a 60 anos e por não existir ainda uma política de atendimento ao idoso foi apresentado um projeto que visaria a "implementação e revitalização de ações e serviços prestados aos idosos, com sua complexidade, qualidade, resolutividade e com permanente atendimento" (JUIZ DE FORA, 1997, s. p.) tendo como objetivos específicos: hierarquizar as prioridades e classificar problemas; envolver entidades que trabalham com o idoso; capacitar recursos humanos e estruturar recursos para a prestação do atendimento ao idoso (JUIZ DE FORA, 1997, s. p.). este atendimento incluiria ações nos três níveis:

- ✓ Básico- em UBS, nos grupos de hipertensos, diabéticos, problemas cardio-respiratórios de pequena gravidade. [...] as Unidades realizam estudos de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso: Vacinação para idosos: Anti-Tétano (de 10 em 10 anos, Anti-Influenza (anual), Anti-Pneumocócica (de 6 em 6 anos).
- ✓ Secundário- implantar a Unidade Básica de Referência com profissionais com formação geriátrico-gerontológica, com funções de atendimento de média complexidade, dando posterior retorno do idoso à sua UBS de origem. Deverá a Unidade estar completamente equipada, com capacidade para 12 leitos/dia.
- ✓ Terciário- encaminhamento pela equipe da Unidade de Referência ou de UBS para um hospital do SUS, caso haja impossibilidade do mesmo ser atendido nestas de forma compatível com seu quadro (JUIZ DE FORA, 1997, s. p.).

Além destas proposições destaca-se a habilitação do município, em 1998, na condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde. Em 02. 2000, realizou-se a III Conferência Municipal de Saúde de Juiz de Fora, com o tema "Efetivando o Controle Social", que integrou a etapa preliminar entre a IV Conferência Estadual de Saúde (11.2000), com o tema "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social" e a XI Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 12.2000, com o mesmo tema.

É importante ressaltar que no decorrer dos dois mandatos do Prefeito Tarcísio Delgado a preocupação dos gestores municipais esteve voltada para a mudança do modelo de administração, o que resultou na adoção do Planejamento Estratégico, aprovado em 1998. Com este Planejamento houve a adoção do gerenciamento centrado em projetos, estabelecimento de prioridades, fixação de pontos fortes e fracos, enumeração de tendências, etc. Considerando que esta adoção resultou na Reforma Administrativa implantada em 2000, menciona-se que o idoso foi destacado como uma das prioridades, ficando a Diretoria de SSDA responsável pelas definições das diretrizes políticas, visto que:

A despeito da posição de Juiz de Fora nos contextos nacional e mineiro e da existência de bons indicadores de qualidade de vida na cidade, a rápida urbanização incide em configuração sócio-econômica marcada pelo



desenvolvimento desigual e pelo surgimento e agravamento de problemas sociais. Diante de tal realidade, apenas ações planejadas e gestão moderna podem combinar fortalecimento das vantagens econômicas e estruturais, com medidas integradas e organizadas capazes de prestar serviços de qualidade, com base na participação democrática e na ampliação dos canais de comunicação com o cidadão (JUIZ DE FORA, 2000, p. 15).

A implantação da nova estrutura gerencial ocorreu de forma simultânea aos investimentos na reformulação da atuação administrativa, posto que foi considerado impraticável qualquer esforço de redefinição dos paradigmas do planejamento municipal, que não levasse em consideração a modificação da máquina e não estivesse orientado a buscar melhor adequação entre planejamento e gestão pública.

A organização de opções voltadas a superar problemas e aproveitar oportunidades em prol do desenvolvimento local possibilitaria à Administração recorrer a estratégias que, ao cortarem transversalmente a atuação do Governo, reforçariam iniciativas, gerando maiores impactos sobre populações-alvo e sobre a concepção da gestão e do planejamento. Com a delimitação destas opções foram estabelecidos objetivos que contemplam a "universalização dos direitos sociais visando contribuir para a superação da pobreza" havendo a delimitação dos projetos voltados para a segurança, atenção à criança e ao adolescente; à mulher, ao idoso e à inclusão social.

Particularizando o idoso foram pensadas diretrizes voltadas para a regionalização do atendimento; intervenção do agente comunitário de saúde por meio do Projeto Carinhoso; o disque informações dos recursos existentes e para denúncia de maus tratos; a disponibilização de internet; a criação da casa-lar; a criação da renda mínima para a terceira idade; implantação do Instituto de Saúde do Idoso ; e as referenciadas à saúde nas UBS e à assistência social (JUIZ DE FORA, 2000, p. 17).

A sequência destas mudanças com administração 2005-2008 – Carlos Alberto Bejani em relação à política de saúde revela-se nos eixos norteadores: priorizar a saúde no município, visando o atendimento, com eficiência e humanidade, à população em todas as regiões do município; implementar a instalação de núcleos básicos de saúde nos bairros, para atender urgências e emergências; duplicar as vagas de internação do Hospital João Penido através de parceria com o Estado e reabrir vagas de leitos do HTO - Hospital Traumatologia-Ortopedia, visando solucionar os problemas de internação; modernizar a ESF; promover ações de medicina preventiva, como campanhas de vacinação; reestruturar a Vigilância Sanitária, criando o laboratório Regional em parceria com o Estado. (JUIZ DE FORA, 2005, s. p.)

É importante destacar que no projeto político de saúde desta gestão as diretrizes enfatizadas incluíram: priorizar a reorganização e resolutividade no nível secundário, incluindo a urgência e emergência; e no terciário com as internações.

Em relação a ESF a proposta assumida tratou da ampliação e modernização sem apontar para uma lógica sistêmica e especificar o atendimento ao segmento de idosos, como política de saúde particularizada. Para este segmento prevaleceram as medidas decorrentes de diretrizes dos programas federais para hipertensos, diabéticos; visitas domiciliares; vacinação contra gripe, distribuição de medicamentos, atendimento em consultas e orientações. É por meio destas medidas que tem sido possível atender este segmento, integrado por cidadãos-usuários comuns, pois este nível de atenção tem nos usuários de diversas fases da vida a centralidade da sua atuação, que se assegura na demanda espontânea.

A SMS mantém o DSTI vinculado ao Núcleo de Rede Assistenciais da SMS, cujo processo de implantação e de desenvolvimento tem sido marcado por mudanças constantes, como a que se refere a sua denominação anterior de Instituto Especializado.

A preocupação de um Instituto, um órgão na estrutura organizacional que se responsabilizasse pelo planejamento, acompanhamento, avaliação e controle das políticas vocacionadas para o Idoso, só vem a se dar a partir da reforma administrativa, que ocorreu nos idos de 1996, que criou uma nova estrutura na SMS. Esta estrutura organizacional criou uma Superintendência de Assistência à Saúde, como órgão responsável por toda a Assistência à Saúde do SUS, à qual se vinculou o Instituto de Saúde da Terceira Idade - ISTI -, que ficou no papel até 1998, sem um coordenador, sem um profissional, sem nada. Em 1998 assume a primeira chefe do ISTI, que depois com reforma administrativa com a Lei nº10000/2000, passou a DSTI. Com este Departamento começou a ser montada uma estrutura mínima, modesta, para ser esse *locus* de institucionalização do atendimento ao Idoso (ARBEX, 2006, p.27).

Em 2003, este Departamento elaborou um projeto voltado para a criação da Rede Regional de Assistência à Saúde do Idoso, segundo as determinações para a regionalização concebida pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, cabendo a Juiz de Fora ter o papel de pólo macro-regional para os serviços de alta complexidade e pólo regional para os serviços de média complexidade. Esta rede de referência e contra-referência obedeceria à regionalização/hierarquização existente e cada nível de atenção deveria se responsabilizar pela assistência em conformidade com a complexidade tecnológica de cada um destes níveis.

Outra proposta do DSTI foi a criação do Centro de Referência à Saúde do Idoso que foi elaborado em decorrência das seguintes justificativas:

Com o aumento da expectativa de vida deve-se considerar a necessidade de adoção de medidas para desenvolver ações que visem incrementar as diretrizes da PNI, sendo necessário o estímulo às ações que visem a mudança do modelo assistencial à saúde do idoso, priorizando a atenção integral humanizada com ações de prevenção de agravos, proteção e recuperação da saúde, que exigem a participação de equipes multiprofissionais. Considerando-se também a necessidade de se estabelecer mecanismos de avaliação, supervisão, acompanhamento e controle da assistência o DSTI vem propor a criação de um Centro de Referência de Atendimento ao Idoso visando a promoção de um envelhecimento saudável, reabilitação e recuperação da capacidade funcional do idoso (JUIZ DE FORA, 2004, s. p.).

Atento à estimativa do IBGE (2000) de que a população idosa (acima de 60 anos) de Juiz de Fora representa cerca de 11,4% da população total, o DSTI justificou sua proposta como alternativa para a promoção do envelhecimento saudável, reabilitação e recuperação da capacidade funcional do idoso prolongando sua autonomia e independência, diminuindo assim a necessidade de hospitalizações de longa permanência, tendo como objetivo geral: prestar assistência à saúde do idoso através da manutenção de sua autonomia funcional oferecendo atendimento secundário. E como objetivos específicos a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e reabilitação da capacidade funcional e da capacidade cognitiva; a reintegração social e familiar; o apoio ao desenvolvimento de cuidados nas atividades de vida diária; a assessoria e capacitação aos diversos níveis de atendimento à saúde do idoso.

A descrição do Projeto contempla a referência à Portaria nº 249 de 12.04. 2002 (MS), que estabelece que o atendimento ao idoso deveria ser integrado e integralizado. Para atender a estas premissas o Centro de Referência deverá desenvolver as seguintes atividades: atendimento médico geriátrico; assistência em enfermagem; acompanhamento fisioterápico com reabilitação funcional; acompanhamento de terapia ocupacional/reabilitação e adaptação funcional; acompanhamento de fonoaudiologia, principalmente objetivando a reabilitação da voz, audição, deglutição e psicomotricidade; acompanhamento psicológico (cognitiva e comportamental, individual/grupal); acompanhamento nutricional com adequação de dietas; acompanhamento de odontologia; acompanhamento por assistente social, incluindo a identificação e otimização do funcionamento da rede de suporte social do idoso e de seus familiares, visando a reinserção social dos mesmos na comunidade; orientação familiar e do cuidador responsável visando a continuidade do plano terapêutico e evitando reinternações.

Em 2005, o DSTI formulou o diagnóstico sobre a situação da parcela de idosos que compõe a população residente em Juiz de Fora, reafirmando que permanece elevado o

consumo de serviços de saúde, de internações, de doenças crônicas e múltiplas que demandam o acompanhamento das equipes interprofissionais permanentes e intervenções contínuas.

Neste diagnóstico foi reafirmada a justificativa do MS para o ano de 2005 em termos de priorizar a saúde do idoso, tendo como ações estratégicas a criação do Manual de Atenção Básica para a Pessoa Idosa, Caderneta do Idoso, Assistência Farmacêutica Específica, Acolhimento à Pessoa Idosa, Programa de Educação Permanente à Distância para Profissionais na Área do Envelhecimento e Atenção Diferenciada ao Idoso Internado (Portaria/GM/MS n. 399 de 22.02. 2006). Quanto à fração de idosos há a estimativa de que:

[...] existem 52 mil pessoas, cabendo-lhe a prestação de serviços de saúde em nível secundário. Também são realizados atendimento em serviço social e de enfermagem, encaminhamento à consultas especializadas, encaminhamentos para exames de média e alta complexidade, dispensação de medicamentos, participação em Campanhas Nacionais de Vacinação, vacinações de rotina, reuniões preventivas com grupos de hipertensos, diabéticos e oficinas de memória (JUIZ DE FORA, 2005, p. 2).

Também neste Diagnóstico ficou explicitado que a vigência do Estatuto do Idoso, a alta porcentagem de idosos no município (11,4%), sua situação de grande vulnerabilidade social e a inserção incipiente das Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso, tornaram prioritária a adequação do município à PNSI. "Política esta, que tem como diretrizes a promoção do envelhecimento saudável através da manutenção da capacidade funcional, atenção integral e integralizada à saúde da pessoa idosa e estímulo às ações intersetoriais, visando integralidade da atenção" (JUIZ DE FORA, 2005, p. 2).

Com este diagnóstico o DSTI se disporia a prestar o atendimento em atenção secundária à população idosa através de equipe multiprofissional e interdisciplinar, conforme diretrizes da PNSI. Para tanto definiu como prioridade a implantação do Centro de Atenção em Saúde do Idoso, seguindo-se as normas da ANVISA. Estas diretrizes estão de acordo com as determinações legais do MS em termos de priorizar a saúde do idoso, tendo como ações estratégicas "a criação do Manual de Atenção Básica para a Pessoa Idosa, Caderneta do Idoso, Assistência Farmacêutica Específica, Acolhimento à Pessoa Idosa, Programa de Educação Permanente à Distância para Profissionais na Área do Envelhecimento" (JUIZ DE FORA, 2005, s.p.). Este Departamento passou então a ter como prioridades:

No ano de 2005, o DSTI continuou realizando consultas médicas nas especialidades de geriatria e clínica geral mediante pré-agendamento; verificação de peso e pressão arterial; orientação e dispensação de medicamentos; aplicação de vacinas; orientação na área do serviço social; realização de palestras educativas para grupos de promoção de saúde, na

terceira idade (hipertensão, diabetes e oficina de memória). Também existiam ações ligadas às UBS, objetivando a capacitação de agentes comunitários e o atendimento às demandas encaminhadas, as quais foram assumidas pela própria equipe técnica de saúde do DSTI composta por 03 médicos (01 geriatra e dois clínicos); 02 assistentes sociais e 02 técnicos em enfermagem. ( JUIZ DE FORA, 2005, p.3 ).

Além disto, foram definidas como estratégias: treinar equipes das UBS responsável pelo atendimento básico à população alvo; contratação de médico geriatra para atendimento durante todos os dias da semana; contratação de enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta para o hospital-dia e outros projetos do Departamento; criação do Hospital-dia geriátrico com estrutura física adequada ao idoso, com capacidade de atendimento de, no mínimo, 12 pessoas; aquisição de 1 veículo (JUIZ DE FORA, 2005).

Além destas proposições, o DSTI estabeleceu metas para dar continuidade aos serviços prestados ao idoso. Para o ano de 2006 estiveram direcionadas para as atividades de:

[...] atendimento médico (clínica geral) em nível de atenção primária a idosos residentes em áreas descobertas por UBS e ESF; atendimento geriátrico a idosos com perda de capacidade funcional decorrentes de transtorno físico ou cognitivo, recuperação de AVC, demência, Mal de Parkinson, pós-operatório e situação de fragilidade; realização de pré-consulta de enfermagem, controle de PA, dispensação de medicamentos, orientação sobre prevenção de doenças (400 procedimentos/ano); imunização de contra o vírus influenza para reduzir incidências de casos de gripe e doenças correlatas; incluindo idosos acamados; imunização de contra febre amarela; e contra tétano e difteria; atendimento de serviço social, em nível individual visando a orientação a idosos e familiares; realização de visitas sob a responsabilidade do assistente social, a ILPIs; instituições de longa permanência; reprodução da Cartilha Informativa para a Terceira Idade, para esclarecer o idoso sobre auto-cuidados e manter sua capacidade funcional; realização de reuniões com grupos de hipertensos para acompanhamento e orientação dos idosos cadastrados; incluindo também os diabéticos; realização de Oficinas de Memória; desenvolvimento de ações compartilhadas com o Departamento de Saúde Bucal; realização de palestras, em parceria com CCI/AMAC; participação nas atividades dos CMS e CMI; promoção de curso/ano de cuidadores de idosos (AMAC/UFJF/CMI); execução do Projeto Humanização no Atendimento ao Idoso, visando capacitar profissionais de saúde para o atendimento ao idoso; implantação do Projeto Centro de Atenção à Saúde do Idoso. (JUIZ DE FORA, 2006, p. 13).

A continuidade do trabalho deste Departamento se mantém com profissionais de diversas áreas, realizando as ações internas e externas que foram elencadas.

O estabelecimento de vínculo com o usuário se processa no decorrer da consulta e esta tem representado para o idoso o momento em que se sente valorizado dispondo da escuta do

profissional. Tal conduta, por parte do geriatra, provoca mudanças na percepção do usuário, que passa a refletir sobre os serviços de saúde a que tem acesso e sobre a diferenciação destes, o que o fortalece em suas demandas. No entanto, constata-se que este atendimento tem como foco determinadas doenças já mencionadas.

Em relação às práticas dos outros profissionais de diversas áreas de atuação evidencia-se que estas são realizadas de acordo com suas especialidades, incluindo-se consultas médicas, orientações sociais, esclarecimentos sobre medicamentos e condutas sobre suas necessidades devido a doenças.

Com relação às práticas profissionais externas ao espaço do DSTI há envolvimento de profissionais junto às UBS, quanto à capacitação, orientação e a questão da violência contra os idosos, especialmente junto aos agentes comunitários de saúde.

Existem também práticas profissionais realizadas junto às instituições de idosos, que consistem em acompanhar o atendimento e palestras; e a articulação com o CMI.

Com esta sistematização evidenciamos que o DSTI, além de passar por um processo de legitimação que se expressou na diferença entre o ano de criação (1996) e o de implantação (1998), tem se mostrado como o responsável pela apresentação de proposições específicas na área do idoso. Estas ainda não se concretizaram, o que contribui para identificar que as preocupações com o idoso na esfera da saúde, também em termos de organização de serviços estão demandando efetividade. Pelo que se pode apreender, o DSTI se disponibiliza à prestação de diversos serviços envolvendo ações curativas, preventivas, promocionais, mas articuladas conforme possibilidade interinstitucionais.

Em âmbito municipal a direção de núcleos depende da coordenação e do controle hierárquico superior (SMS), mesmo tendo certa autonomia para traçar estratégias e implementar ações. Também a intervenção de cada departamento está limitada por regras e normas estabelecidas em outras esferas de governo, em particular as econômico-financeiras. Logo, especificamente no caso da saúde, esta autonomia fica ainda mais reduzida.

Ressalta-se ainda o fato do diretor de núcleo, que na escala hierárquica possui maior poder de decisão, ser cargo de confiança. Por vezes, sua indicação ou permanência no cargo pode depender da concordância com determinadas regras e decisões que vão ao encontro de interesses partidários, pessoais ou de outra ordem, podendo mesmo ser contrários aos da administração municipal. Essa característica dos cargos de confiança e as mudanças da gestão municipal, quando há eleições, também contribuem para que haja interrupções na implementação de determinadas ações ou modificações nas metas pactuadas.

Frente a estas ponderações não se tem conhecimento, e foge aos propósitos deste estudo, informar sobre implicações devido à hierarquização dos cargos e responsabilizações. Todavia, chama a atenção o fato de que na única instância que tem como finalidade atender ao idoso, encontram-se elencadas propostas de organização dos serviços (como o Centro de Referência, o Centro de Atenção à Saúde do Idoso, o Projeto de Humanização) que não se efetivaram e, além disto, apresentar excessiva mudança na gestão e composição inadequada da equipe, o que tem implicações negativas na organização dos serviços. Também não há como evidenciar como se processou a escolha de metas, mas pela sistematização apresentada pode-se inferir que a mencionada organização possui atividades internas e externas, mas com falhas de articulação e integração.

Reconhece-se que a atuação do DSTI se destina ao idoso mas, o que chama a atenção é que esta se processa de maneira focalizada, tendo uma significação para cada profissional. Mas as relações que os profissionais estabelecem com os idosos, são indicativas de acolhimento e de vínculos. As informações sobre o trabalho realizado pelos profissionais denotam uma configuração quantitativa e depreende-se uma preocupação mais voltada para mencionar expectativas de mudanças e de concretização das propostas do que para a reflexão sobre o conteúdo das práticas que realizam. Ressalta-se também o significado do DSTI: única instância municipal formalmente instituída na área da saúde do idoso.

A fragilidade das diretrizes políticas para o atendimento ao idoso, conforme ponderações apresentadas sobre a administração municipal, especificando-se a área da saúde, constitui fator que influencia as situações vivenciadas pelo DSTI.

A trajetória deste Departamento é demonstrativa de que não faltam atitudes propositivas, que parecem indicativas para conquistar legitimidade e reconhecimento caso viesse a dispor de outros tipos de recursos como Centro de Referência e Centro de Atendimento. No entanto, não têm sido estabelecidos mecanismos que garantam sua efetividade. A enumeração das metas para 2006 ainda concentra-se em atividades que demarcam a fragmentação do atendimento e, com este propósito, não avança para ampliar as possibilidades visando a integralidade o que exigirá, inclusive, e fundamentalmente, preparação e entrosamento da equipe para o desenvolvimento dos trabalhos.

Este quadro do DSTI é indicativo da necessidade de se buscar estratégias que possibilitem traçar o perfil epidemiológico dos idosos, criar programas para impactar seus indicadores de saúde, o que contribuirá para a conquista da integralidade, pois

[...] não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles

devam responder a tais doenças. Devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem (MATTOS, 2001, p. 56-57).

Quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípios e diretrizes legais da PNI a intencionalidade está direcionada para ampliar as percepções das necessidades dos usuários sendo preciso interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. Estas demandam serviços assistenciais, promocionais e de prevenção, o que implica que uma população ou segmento (como o dos idosos) não fique restrito ao atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. O princípio da integralidade implica, então, em superar reducionismos.

Na administração vigente que traduz o retorno de Custódio Antonio de Mattos – PSDB – ao executivo municipal referencia-se que a manutenção do padrão de atendimento ofertado aos usuários da política de saúde, inclusive ao idoso, parece corresponder aos propósitos da municipalização legitimada. A responsabilização da gestão à SMS traduz-se no cumprimento de diretrizes federais e estaduais mudando-se o que é possível, visto a redução e focalização dos recursos e serviços de saúde.

Um aspecto fundamental que vem ocorrendo na área da saúde e que tem perpassado as administrações elencadas refere-se à qualificação e capacitação de equipes especialmente de ESF, por meio de instituições diversas, especialmente instâncias da UFJF. Merece destaque a Residência Multiprofissional e Cursos de Especialização que envolvem graduados inseridos na área da saúde, particularizando-se na saúde pública a ESF, em que a difusão de conhecimentos sobre gestão de recursos e de serviços públicos de saúde tem ocorrido, acrescentando-se de experiências singulares em UBS/ESF. Nestas experiências residentes e profissionais têm buscado a articulação de procedimentos estratégicos, incluindo-se a adoção de atendimentos a parcelas de idosos como os acamados, os participantes de grupos de educação em saúde. Verifica-se que estas experiências estão apontando avanços e conquistas de gestão e inserção de segmentos de usuários, como os idosos, indicando potencialidades de legitimação das diretrizes governamentais para os mesmos.

Reitera-se que nas administrações municipais elencadas o segmento de idosos não é configurado seguindo-se de maneira fragmentada as diretrizes nacionais.

A ampliação desta sistematização corresponde a argumentações de entrevistados que são coerentes em termos da inexistência de diretrizes políticas municipais direcionadas à gestão da PNI.



**b- área da educação** - a política social da educação também se identifica com as diretrizes e com as orientações das determinações legais advindas dos governos federais e estaduais, o que corresponde às reflexões apresentadas no item 2.1. Cabe pontuar alguns aspectos que a caracteriza que se refere à municipalização do ensino e à vigência de prioridades como o ensino fundamental. Entre as orientações estaduais destaca-se a que se refere orientação à organização que os municípios precisariam criar, recriar e ajustar visando a municipalização do ensino.

O governo do Estado elaborou, através do Conselho Estadual de Educação, o Parecer n. 500, de 13.05.1998, que orientou a organização dos Sistemas Municipais de Ensino, apontando a importância de que os mesmos fossem flexíveis e autônomos, possibilitando a elaboração de políticas públicas educacionais mais adequadas às necessidades e especificidades da população local. (ALVES, p. 34)

A criação do sistema municipal de ensino pela Lei nº 9569 de 26/08/99, também determinou mudanças no CME, que passou a ter caráter normativo, consultivo e deliberativo, sendo responsável pela expedição de normas que regulamentam o funcionamento e a organização deste sistema.

Sobre a área da educação menciona-se que o município, por ter vivenciado um processo de municipalização bem estruturado, acabou optando pela criação do sistema, significando a confirmação de uma autonomia que já vinha sendo gestada ao longo do tempo (SARMENTO, 2003).

**c-área da assistência social** - a formalização de instâncias responsabilizadas pela política de assistência social se expressa na fragmentação, pois o percurso histórico desta política, nas administrações municipais elencadas, possibilita sintetizar que existem: a AMAC, a SAS; e em outras Secretarias identificações ações voltadas para atender necessidades do segmento de idoso, como a SETTRA.

Importa apresentar aspectos que configuram a AMAC , visto que esta foi criada e conquistou legitimidade como instâncias de recursos e de serviços inerentes a esta política social, tendo especificidades de atendimento a integrantes do segmento de idosos.

**c1- AMAC** – esta Associação constituída em 08.01.1985 como associação civil de fins beneficentes e não lucrativos, com personalidade jurídica distinta e estatuto próprio aprovado em assembléia geral, que foi reformulado em 2008; com a missão de “Proteger e promover o cidadão pela execução da política de Assistência Social, articulando os setores público e

privado com controle social.”(AMAC, 2008). A sua estruturação corresponde a diretorias e a departamentos responsabilizados, além dos setores administrativos e financeiros, pela prestação da proteção básica e a especial, em conformidade com as diretrizes legais federais e estaduais.

A finalidade desta Associação é a de prestar serviços na área de assistência social no município; que totaliza mais de 15 mil usuários e suas famílias por dia; mantém convênios com a iniciativa privada e com as secretarias municipais – SAS; SMS; SME. A instituição também oferece diversos serviços, incluindo capacitações, elaborações de projetos, captação de recursos para municípios interessados que buscam essas ferramentas de gestão

O modelo utilizado pela AMAC em consonância com o SUAS tem como portas de acesso aos serviços de Assistência Social, os Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS e divide o atendimento nos seguintes níveis de complexidade:

Os CRAS como instâncias de proteção básica, destinam-se a oferecer serviços de assistência social às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social; objetivando fortalecer os vínculos familiares e comunitários, buscando com suas ações priorizar a promoção da autonomia, das potencialidades e o fortalecimento das famílias e indivíduos. No município existem em funcionamento 09 CRAS, localizados em diversas áreas.

Os CREAS como instâncias de proteção social especial de média e alta complexidade, servem como unidade pólo de referência, e assumem coordenar e articular esta modalidade de proteção, por meio da oferta de orientação e apoio especializados e continuados a indivíduos e famílias com direitos violados, direcionando o foco das ações para a família, na perspectiva de potencializar e fortalecer sua função protetiva. Os serviços de alta complexidade compreendem os de acolhimento institucional, em família e proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

Destaca-se entre os CREAS existentes o CREAS Idoso / Mulher – responsável pela oferta de atenções especializadas de apoio, orientação e acompanhamento a indivíduos e famílias com idosos ou mulheres em situação de ameaça ou violação de direitos. Entre as ações que realiza destacam-se: preventivas; acolhimento de denúncias de violência; as que interam a rede assistencial visando assegurar a promoção, proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa e da mulher.

O público alvo inclui pessoas idosas em situação de violência ou abandono; mulheres vítimas de violência doméstica. E o seu funcionamento decorre de denúncias acolhidas por telefone; encaminhamento de outras instituições ou através atendimento presencial; realiza

acompanhamento técnico especializado desenvolvido por uma equipe multiprofissional, de modo a verificar a denúncia acolhida e favorecer a reparação da situação de violência vivida.

O atendimento é prestado no CREAS, ou pelo deslocamento de equipes em territórios e domicílios; e os serviços prestados envolvem a participação e articulação do Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares e outras Organizações de Defesa de Direitos, com os demais serviços sócio-assistenciais e de outras políticas públicas, visando estruturar uma rede efetiva de proteção social.

Outras realizações do CREAS Idoso/Mulher incluem parcerias com:

- CCI e Curso CAVE trabalham juntos na continuidade do Projeto Temporalidade; com Funalfa, este Projeto pretende alcançar alunos do CAVE e usuários do CCI através de dinâmicas de grupo, encontros intergeracionais e apresentações culturais, que finalizou com concurso de redação – 9º Concurso de Redação Ducave. O objetivo do projeto é valorizar a pessoa idosa e suas experiências, além de promover diálogo intergeracional e conscientizar os jovens sobre os problemas enfrentados pelos idosos;
- SME visando motivar alunos do Ensino Fundamental para a questão do envelhecimento, as melhores redações serão premiadas e divulgadas em site.
- CREAS Infância e Juventude, tratando das temáticas: Estatuto do Idoso; Lei Maria da Penha; processo de envelhecimento, ILPIs; medidas protetivas e rede de atendimento
- CRAS Vila Olavo Costa realização de palestras para grupo de idosas da comunidade, abordando o fluxo de trabalho do CEDDI e o Estatuto do Idoso.
- CREAS Norte e CCI participaram de uma capacitação em Mediação de Conflito .
- Organização do catálogo de entidades que se dedicam ao atendimento e proteção dos direitos da pessoa idosa, que foi discutido no III Seminário Municipal Envelhecimento, Violência e Ações em Rede e reunião na AMAC.
- III Seminário Municipal - “Envelhecimento, violência e ações em rede” se contou com a participação de profissionais que atuam na assistência social, saúde, segurança pública e área jurídica; a discussão incluiu o atendimento ao idoso na rede e garantia seus direitos; divulgação do Estatuto do Idoso; possibilidade de realizar capacitação para Polícia Militar, tendo como foco o atendimento ao idoso; necessidade de desenvolver projetos de prevenção da violência contra a pessoa idosa. (JUIZ, 2010).

As ILPIs que totalizam 15 entidades (06 filantrópicas 09 particulares); têm caráter residencial, são destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Em

junho de 2010, a assessoria técnica a estas instituições passou a funcionar no CREAS Idoso/Mulher. A mudança marca a retomada do trabalho iniciado em 2007 pela AMAC, através da Política Municipal de Abrigo para Idosos. Assim, o trabalho passa a ser desenvolvido pelo CREAS com nova proposta e novo nome – Serviço de Referência à ILPI.

Na AMAC está inserido o Centro de Convivência do Idoso – CCI – que tem como foco de ação o atendimento a idosos com objetivo de promover a autonomia, independência e a participação na comunidade. O CCI oferece diversas atividades como ginástica, dança-*senior*, artesanato, salão de jogos, bailes, grupo de teatro, oficina da memória, orientações sociais. Este atendimento é universalizado a pessoas a partir dos 60 anos, tem capacidade instalada para 450 idosos/mês. O total de cadastrados corresponde ao que se caracteriza como integrantes de setores populares, residentes, principalmente em bairros periféricos. Além da sede do CIC, existem 07 unidades ou núcleos de atendimento a idosos.

Também está vinculado à AMAC o Centro de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – CEDDI - que tem como público alvo o idoso em situação de vulnerabilidade, e em especial o que torna-se vítima de violência (física; psicológica; sexual; abandono; negligência; financeira e econômica; auto-negligência; institucional). Para tanto realiza ações que visam acolher denúncias; atender aos idosos, membros da família e as partes envolvidas na denúncia; orientar e encaminhar para a rede sócio-assistencial e de serviços especializados; promover ações preventivas e educativas (palestras, campanhas, debates); articular a rede de atendimento e de garantia de direitos do idoso. A assinatura do IV Protocolo de Intenções que possibilitou a ampliação o número de parceiros da rede de atendimento.

**c2- Secretaria de Assistência Social – SAS** – a organização e as atribuições desta Secretaria estão delimitadas na Lei nº 11.728 (26.12.2008) instância que tem como competências: coordenar a formulação, a implementação e articulação das diretrizes da PNAS e o SUAS; definir os programas, projetos e funções de caráter permanente afetos à Assistência Social; coordenar as atribuições dos departamentos subordinados, visando ao cumprimento de seus objetivos; gerir e manter atualizado o cadastro único dos programas sociais; articular-se com órgãos e entidades federais, estaduais e de outros municípios para a integração de atividades.

Evidencia-se que a Secretaria Municipal de Assistência Social encontra-se em fase inicial de funcionamento e que devido a mudanças de secretários, tem se dedicado a definir suas atuações acercando-se das ações que vêm realizando por meio da integração com a AMAC, CMAS, e outras instâncias da administração municipal, do Poder Judiciário, ILPIs, Conselhos Tutelares, incluindo-se serviços que estão na sua área de intervenção como o

Banco de Leite Humano.

**d- Secretaria de Transporte Coletivo e Trânsito – SETTRA** – entre a atribuições desta Secretaria destaca-se a gratuidade do transporte coletivo para idosos o que constituiu também um dos focos de interesse deste estudo. Além desta Secretaria inclui-se a Comissão Municipal de Segurança e Educação para o Trânsito - COMSET - considerando-se a significação atribuída a estas duas representações municipais, envolvidas para prestação de atendimento ao idoso, por meio deste benefício social.

### **3 DIRETRIZES DE GESTÃO: ATENDIMENTO AO IDOSO**

#### **3.1. Desvelando os caminhos da PPNI: instâncias da administração municipal e conselhos de direitos**

A centralidade das reflexões que permeiam a configuração da PNI considerando-se instâncias da administração municipal envolvidas direta ou indiretamente nas políticas sociais públicas nas áreas da educação, saúde e assistência social tem sustentação nas categorias analíticas que correspondem aos eixos desta Política:

- a – estruturação da gestão municipal das políticas sociais municipais ;
- b – institucionalização ou não de idosos;
- c – intersectorialidade das políticas sociais municipais;
- d – participação dos idosos e controle social.

Estas categorias utilizadas na apresentação e análise dos depoimentos coletados nas 14 entrevistas possibilitam o entendimento que foi assumido visando a consecução dos propósitos deste estudo. Esclarece-se que também foi possível, a partir da sistematização e ordenação do conteúdo do discurso dos entrevistados apontar a significação da percepção dos mesmos, o que contribui para correlacionar com as referências que sedimentam a intencionalidade com que foi percorrido o caminho investigativo.

A adoção destes aspectos subsidia a análise e possibilita explicitar, com base no que foi selecionado dos depoimentos, a importância da compreensão de que em Juiz de Fora, ocorrem rebatimentos das determinações federais, que abarcam a formulação de políticas sociais públicas, particularizando as destinadas ao segmento de idosos.

#### **a – estruturação da gestão municipal das políticas sociais municipais**

##### **a.1 retomando a história: significações e interpretações**

As possibilidades de intervir na área do idoso tem uma trajetória histórica que está associada à assistência filantrópica prestada por instituições de natureza diversa, vinculando-se principalmente aos segmentos católicos e espíritas. No decorrer desta trajetória, também em Juiz de Fora, a presença de instituições de natureza pública como a INSS, LBA e a SMS através do Conselho Municipal de Bem Estar Social - COMBES contribuíram para ampliar as

ações assistenciais, que incluía idosos assistidos pelas instituições de natureza filantrópica. Importa referenciar a atuação do INSS e da LBA, pois a da Secretaria mencionada assumiu prestar assessoria técnica a instituições assistenciais, entre as quais, as de idoso, que para receber contribuições financeiras do poder público municipal, necessitavam estar inscritas no mencionado Conselho e submeter o projeto de solicitação de contribuições financeiras a este Conselho para análise e aprovação. Este trabalho passou por mudanças e foi extinto em administrações municipais, no início dos anos de 1970.

Além desta informação cabe ressaltar que iniciativas pessoais demonstram que entre os entrevistados a preocupação com o idoso destacada pelo E14 esteve vinculada a situações familiares e a percepção social da condição da velhice, que também está circunscrita ao início dos anos de 1970:

*“O trabalho do idoso, a preocupação com a pessoa idosa surgiu em 1974. Eu já tinha uma história pessoal, tanto na família quanto na sociedade, de me preocupar com o idoso, principalmente com aqueles idosos que tinham um semblante muito triste porque acho que o rosto fala. Às vezes eles davam depoimento que a família tava dando muita atenção, o que não era sincero. Percebia no rosto deles que eles estavam apenas com vergonha de dizer que a família não dava atenção e que a sociedade não dava atenção.” (E14).*

A continuidade desta retomada inclui também a experiência vivida e a vinculação com atividades profissionais (INSS) e acadêmicas (FSS/JF), que sinalizam o envolvimento de E14 com a situação de idosos e a necessidade de intervenção.

Sobre o vínculo profissional como Assistente Social relembra que além de se disponibilizar a assumir a prestação de seus serviços, que incluía acompanhamento e orientação em nível individual e grupal, percebia atitudes, comportamentos e expressões que denotavam a discriminação, dificuldade de relacionamento familiar e conhecimento necessário para o acesso a benefícios sociais como a RMV.

*Em 1970 eu entrei na Faculdade de Serviço Social [...] depois fui para o INPS. Em 1974 surgiu aquela Lei da Pensão Vitalícia e fui designada pelo Serviço Social pra dar atenção aos idosos que a procuravam. Nós trabalhamos durante muito tempo procurando certidões, escrevendo pra região toda da zona da mata porque Juiz de Fora monopolizava uma população de idosos que tinha vindo com os filhos procurando emprego na cidade, procurando melhoria de vida e esses idosos ficavam muito sozinhos, inclusive a minha própria mãe, por que eu tinha que estudar, trabalhar; e ela veio me acompanhando do interior. Eles não tinham muitos amigos, muita vida social. Então, começamos a ajudar, a orientar esses idosos a conseguir a RMV. Começamos a levar proa o INPS grupos de idosos que orientávamos em conjunto. Fizemos alguns grupos em espaços maiores,*

*como a Igreja da Glória, para que pudéssemos trabalhar melhor com eles, fazer festa, planejar aniversários, pra que eles tivessem uma vida social mais agradável e gratificante[...] Depois de 1974 [...]veio a mudança da previdência. Os Institutos foram separados, [...] desmembrados, surgiu a preocupação que era que os idosos tivessem um atendimento de saúde. [...].” (E14).*

Esta revelação se sustenta no que ocorreu em 1976, ano em que foi criado o primeiro Programa, em nível nacional, por iniciativa do então INPS, denominado de Programa de Assistência ao Idoso – PAI - e que consistia na organização e implementação de grupos de convivência para idosos previdenciários, nos postos de atendimento desse Instituto. Esses grupos de convivência continuaram se desenvolvendo, por dois anos em diversos municípios brasileiros e em unidades do INPS.

Com a reforma da Previdência, em 1977, criando-se o SINPAS -Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, o Programa passou para a Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA que se tornou responsável pelo atendimento ao idoso em todo o território nacional. Sua atuação era em dois níveis: direto: que se realizava nas suas próprias instalações e com seu pessoal técnico. Naquele ano contava com cerca de 2.000 unidades em todo o Brasil. Eram centros sociais, postos de distribuição de material, alimentos, etc., e os núcleos de voluntariado.

Importa também informar que E 14 professora da graduação em Serviço Social, incluir nas atividades discentes a necessidade de se vincularem ao campo de estágio; convivendo com dificuldades de inserção destes e ainda do não reconhecimento e da não valorização com a área do idoso, acrescentando-se que esta era a percepção advinda de colegas docentes.

*“Na Faculdade de Serviço Social instituímos um campo de estágio junto ao INPS [...]. O estágio era bastante discriminado. Os alunos não se empolgavam, nem os professores. Quando tinha apresentação a sala ficava vazia porque era do idoso. Então, essa luta do idoso continuou bastante tempo.”(E14)*

A correspondência desta retomada com o seqüenciou as preocupações com o idoso no cenário brasileiro dos anos de 1970, encontra-se no depoimento de E14, que relembra da sua participação em seminários nacionais. Sobre estes eventos relembra-se que em 1976, por inspiração e coordenação do gerontólogo Marcelo Antonio Salgado e com o apoio do então MPAS, Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, realizaram-se três seminários Regionais nas cidades de: São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza; e um Nacional, em Brasília, “[...] buscando um diagnóstico para a questão da velhice em nosso país e apresentar as linhas básicas de uma política de assistência e promoção social do idoso.” Desses Seminários



resultou um acervo de informações sobre a situação do idoso na sociedade brasileira, o qual analisado e organizado pela então Secretaria de Assistência Social, do Ministério, deu origem ao documento: Políticas para a 3ª Idade - Diretrizes Básicas. Assim o ano de 1976 foi o “marco de uma nova era nas atenções públicas com relação à velhice. O atendimento às pessoas idosas era feito de duas maneiras: de forma individual: concessão de prótese, órtese, documentos, ranchos, etc; de forma grupal, nos grupos de convivência (nucleação e manutenção dos grupos); indireto: a LBA realizava convênios com asilos, pagando um per capita x, por certo número de vagas para idosos, que ela, através de seus técnicos selecionava e os encaminhava aos asilos conveniados, que eram supervisionados por Assistentes Sociais.

Em 1987, houve uma reestruturação na LBA e o PAI, foi transformado em Projeto de Apoio à Pessoa Idosa - PAPI -integrado ao então programa de “ações complementares de apoio ao cidadão e à família”. O PAPI tinha suas “ações voltadas para as pessoas idosas, visando dar-lhes oportunidades de maior participação em seu meio social e, também, desenvolver a discussão ampla de sua situação como cidadãos, suas reivindicações e direitos, além de valorizar todo o potencial de vivência dentro das comunidades”. Os assistentes sociais que trabalhavam nos grupos de convivência, considerando a grande procura dos idosos por esses grupos, sugeriram a parceria com entidades particulares que já estavam atuando com idosos ou que desejavam fazê-lo, no sentido de serem criados aí, novos grupos de convivência, que resultou no Projeto CONVIVER, pelo qual a LBA, passou a pagar um *per capita* pelos idosos participantes desses novos grupos, que eram supervisionados pelos assistentes sociais. A LBA entrava com o dinheiro e a assistência técnica, contribuindo para reduzir o atendimento direto ao idoso e ampliava o indireto.

As manifestações de E14 ilustram estas retratações, ampliando a compreensão sobre aspectos elencados como: seminários; LBA, incluindo-se a expansão, criação e integração de instituições.

*Em seguida, em 1979, eu não estou bem certa da data também já to ficando velha, to ficando idosa, foram realizados no Brasil, 04 seminários que a gente já previa uma lei que desse maior garantia ao idoso realizados em Brasília, São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro pra traçar a política social do idoso. O programa que era do INPS veio pra LBA. Na LBA trabalhamos com toda a região, além de atender os idosos aqui. O trabalho era bastante amplo porque a gente atendia toda a região classificando e dando convênio aos idosos, aos abrigos. Vi muito abrigo do interior onde os idosos dormiam sozinhos e quando morria alguém eles mesmos colocavam o colega lá no velório e eles mesmos velavam, até de manhã quando o atendente ou o pessoal chegava.. Fomos trabalhando com esses asilos e alguns começaram a se interessar em montar clínicas em Juiz de Fora. Daí surgiu a clínica do Serro Azul e outras. A demanda ainda era muito*

*incipiente, havia muitos idosos necessitando de abrigo, e é o que ainda acontece até hoje. [...] Em Juiz de Fora tivemos também a parceria junto com o SESC pra ampliar o espaço de atendimento. A LBA favoreceu mais esse trabalho de grupo porque nós tínhamos um espaço grande na Galeria Ali Halfeld,- Centro Regional da LBA.” (E 14).*

Em 1989, com o Programa Nacional de Voluntariado da LBA - PRONAV – ocorreu entrega de 130 centros de convivência para idosos, junto aos quais também seriam construídas creches, estimulando a convivência intergeracional, resultando na construção de alguns em determinados Estados. Em 1990, surgiu um novo Programa Minha Gente que consistia na construção de conjunto formado por uma creche, uma escola de 1º Grau, uma lavanderia e um lar para idosos. Cada Estado deveria receber dois conjuntos dessa natureza, não sendo possível esclarecer se foi implantado.

Estas mudanças que perpassaram o cotidiano profissional de E14 denotam implicações que ocorrem em instituições públicas, especialmente as federais, que possibilitam referendar elaborações teóricas apresentadas traduzindo para as políticas sociais redirecionamentos político-ideológicos, acarretando inclusive consequências para os profissionais comprometidos e usuários.

*“Foi bastante luta política e a mobilização do idoso também. O que aconteceu é que esse trabalho que a gente tava desenvolvendo na LBA, por questões políticas e de instituições; queriam modificar toda a estrutura da LBA [...] Eles tiraram os idosos daqui de Juiz de Fora, queriam terminar com os grupos porque iam concentrar tudo em Belo Horizonte. Não queriam que tivessem grupos sociais de idoso, atendimento ambulatorial. Só ficariam os convênios com os abrigos” (E14).*

As possibilidades de continuidade do trabalho com idosos em Juiz de Fora foram empreendidas, cabendo destaque para a argumentação apresentada por E14 que foi uma das participantes essenciais na luta pela criação na AMAC do Pró-Idoso – CCI – que ocorreu em 17.06.1988. Para a implementação deste Programa sensibilizou profissionais, que se envolveram. Todavia, esclarece que “seu sonho” contemplava o ir além das conquistas e realizações efetivadas.

*“Ai, começamos uma luta, junto a Prefeitura Municipal, de quase seis anos de entrevistas mensais com o Prefeito. Minha idéia era que o Município tinha que ter consciência de cuidar dos seus idosos, ao invés de ficar esperando o poder público do estado. Começamos a sensibilizar o superintendente da AMAC, Luiz Gonzaga Delgado e o resultado foi a instituição do Programa do Pró-Idoso. Foi numa casa alugada na avenida Rio Branco e alguns alunos meus começaram a trabalhar. Foi ai que o José Anísio veio como Assistente Social do Posto de Saúde do Bairro Esplanada.*

*Eu o convidei e ele ficou muito em dúvida se , trabalharia com idoso... "ah, não sei não". Mas deu certo, acho que fiz a coisa certa.O Pró-Idoso foi crescendo e hoje é isso ai que todos conhecem. Apesar de que, o meu sonho era muito além do que o Pró-Idoso é hoje". (E 14).*

A retomada das iniciativas e das realizações que se relacionam com o segmento de idosos em Juiz de Fora, confirma que diretrizes governamentais condicionaram e redirecionaram as intervenções, representando possibilidades que tiveram expressão significativa, considerando a responsabilidade dos profissionais e o envolvimento de idosos. A continuidade do trabalho com idosos passou para outra etapa em que estão implicados a continuidade da intervenção de instituições privadas e a ampliação das instâncias do poder executivo municipal, que passam a assumir responsabilidades e exercer suas competências e atribuições.

A expansão da AMAC se efetivou no decorrer do seu processo de desenvolvimento (ítem 2.2) sendo destacados aspectos em depoimentos que possibilitam complementar e reconhecer a sua significação na área da assistência social, particularizando-se o idoso:

*“Hoje prepondera e configura-se a AMAC, criada em 08 de janeiro de 1985, como uma entidade executora da política municipal do idoso. Esta execução se dá mediante convênio pré-estabelecido onde são apontadas metas, ações, plano de trabalho da SAS que é, na verdade, o órgão gestor da política de assistência social.(E.05).*

As especificidades da AMAC inserem-se na

*[...] execução da política, gestão, planejamento, diretrizes [...] no âmbito da administração pública de Juiz de Fora; é a responsável institucionalmente pela gestão da política de assistência social. Essa ressalva é importante porque hoje, a gente tem um trabalho um pouco diferente do que, até então, vinha sendo realizado. A AMAC, pela sua dimensão, pela sua amplitude alcançada nos últimos anos, se tornou muito grande. Nesse momento se confunde com um órgão de administração pública direta e o que trouxe inúmeras dificuldades do ponto de vista administrativo e jurídico para a entidade; estamos tentando retornar a AMAC para o que foi criada: entidade de direito público e privado e executora da Política Municipal de Assistência Social. ” (E 05).*

Em relação à disponibilidade da AMAC quanto aos recursos financeiros 05 informa:

*“[...] não tem uma dotação orçamentária específica. porque, não faz parte da administração pública direta ou indireta. Tem um convênio pré-concebido, pré-executado pela SAS onde está previsto um grande repasse de recursos também direcionados para política municipal do idoso. Não tem uma conta específica, não é feita uma designação. Ela é colocada dentro*

*desse grande guarda chuva que é o convênio de assistência social e lá no plano de trabalho são estabelecidas as atividades pertinentes à política municipal do idoso. O dinheiro vem como um todo e é designado para as ações competentes desta política.” (E 05).*

A criação CMI que para o E12, que foi um dos protagonistas, tem singularidades posto que teve acesso a informações sobre o que ocorreu na cidade de São Paulo, (onde participou de um Curso da Terceira Idade). Com base no conhecimento adquirido e na documentação do CMI/SP teve a iniciativa de articular um representante do poder legislativo, demonstrando sua disponibilidade para que fossem encaminhadas as providências necessárias, visando a criação do CMI/JF.

*[...]. Eu trouxe aquela papelada, me sentei à mesa e comecei a elaboração do meu projeto do CMI, à minha maneira, meio leigo no assunto. Depois procurei o vereador João Carlos Arantes, que se colocou logo a disposição para apresentar o projeto à Câmara. Ele disse: “[...] tá perfeito. Não tem nada prá mexer nele”. Apresentou o projeto na Câmara que foi aprovado por unanimidade. Infelizmente o Custódio, prefeito à época, vetou o projeto. Ele tinha as razões dele porque o projeto devia ser oriundo do Executivo. Era o ponto de vista dele e eu respeitava, mas daí o projeto retornou à Câmara e o veto foi rejeitado, posso dizer que por unanimidade. Daí o CMI foi implantado e nós começamos a luta, a qual você fez parte, muita honra para nós. Começamos a implantar filas, caixa reservado ao idoso nos bancos, assentos e tudo mais e, graças à Deus, seguimos, caminhamos e ainda estamos caminhando, mas conseguimos muita coisa em favor dos idosos.” (E 12).*

Com relação ao desempenho do mencionado vereador que aceitou este desafio, comprometendo-se a contribuir com a conquista de avanços para a cidade, argumentou que:

*[...] Pensei; não é possível que nós, não saibamos disso e não tomemos providência para que o idoso em nossa cidade não seja um discriminado, porque a cultura geral é de discriminação do idoso. Porque Juiz de Fora, que já foi pioneira em tanta coisa, não pode ser também pioneira na atenção ao idoso.[...]. comecei, mais do que a pesquisar em números, que eu já tinha, a conversar com muita gente. Conversei inclusive com vários idosos que demonstraram até, a maioria deles, emoção em saber que tinha alguém preocupado com eles, então eu reforcei a minha tese.[...]. Tive uma preocupação maior que foi o grande álibi que usei para criar o projeto do Conselho: idoso não é o problema, idoso é uma solução. Usei muito essa colocação e depois eu acrescentei uma outra: o idoso é uma enciclopédia viva e ambulante que tem um valor enorme para todos. Não podemos perder essa dádiva de ver o idoso, em seu conceito às avessas, do que sempre se cultuou: o idoso é um peso, o idoso é um estorno, só se falava mal do idoso, a ponto de um número enorme de familiares tomarem providências muitas vezes por subterfúgios, muitas vezes camufladas, para ficar livre do seu idoso. [...] Com isso, fui colhendo mais dados para bolar um projeto. Foram muitos meses, eu fiquei quase um ano compilando, pessoas ficaram*

*entusiasmadas e contribuíram. Fizemos o projeto e foi aprovado na Câmara e sancionado pelo Prefeito.” (E 13).*

Esclarece-se que este projeto não foi o que E12 apresentou ao vereador. Com a legitimação do CMI é importante destacar argumentos que foram expressos sinalizando as contribuições deste para a cidade, especialmente para os idosos.

*“O Conselho ajudou muito ao idoso e à própria comunidade e o governo tirou das suas costas muitos problemas que existiam. Se o governo tiver juízo e inteligência, alimenta o Conselho, porque tira dele o ônus. [...] Cuidar do idoso é diminuir despesas, é baratear custos, porque um idoso não amparado vira um problema muito sério, não só porque ele próprio não tem, muitas vezes, condições de subsistência como também se ele virar um doente, aí o problema é muito maior.” (E13).*

A ampliação desta retomada tem significação para que seja compreendida a importância que E13 atribuiu à existência do CMI, comparando-o o idoso ao jovem, no sentido de reconhecer suas possibilidades e potencialidades para se assumir como ser humano, que envelhece. Também enfatizou que cabe à “sociedade oferecer ao idoso as condições para desfrutar desta etapa de vida, esclarecendo que:

*Incluem-se aí as instâncias governamentais. Ele tem todos os direitos de ter isso porque se ele não tem mais a mesma força física, ele tem uma cabeça privilegiada e, quando ele tem cuidado, quando é bem tratado; essa cabeça produz muito, às vezes muito mais. Pode não ser em velocidade, mas é com muito mais qualidade. ” (E 13).*

A caracterização do CMDI (denominação atual) em termos do seu funcionamento foi ressaltada por E13, “[...] julgo que está boa, não posso garantir,mas é a minha impressão [...].Basta ler ou ver a mídia, pra ver que realmente funciona.Temos que trabalhar no sentido de melhorar.”

Todavia, a sistematização apresentada representa conhecimento acumulado por alguns dos entrevistados, ao que para outros significa:

*“[...]não tenho grande conhecimento da história do idoso principalmente, porque fica muito vinculada a AMAC; [...] o meu conhecimento é atual, não tenho conhecimento histórico [...].(E 01).*

A ampliação das instâncias da administração pública municipal se efetivou com a criação da SAS, que é retratada pelo E5, denotando as implicações para delimitar sua atuação, considerando-se a existência da AMAC.

*Com a criação da SAS 29.12.2008 houve um impacto sim, muito grande, na forma de atuação da AMAC. [...]. A relevância e grandiosidade dos serviços, que a AMAC foi abarcando na sua última década, contou com grande direcionamento das suas atividades. Só que não houve o devido olhar para o despovoamento que a AMAC estava tendo em relação a sua verdadeira personalidade jurídica que é o direito privado. Tal condição de ter misturado, trazido para a AMAC alguns instrumentos eminentemente de direito público fez com que a instituição sofresse uma série de percalços administrativos e jurídicos. [...]* (E05).

A situação administrativa da AMAC é complexa o que vem demandando o seu redirecionamento para que as dificuldades existentes possam ser superadas. Entre estas é preciso a adoção de medidas jurídicas que contribuam para redefinir sua natureza jurídica.

*Nós temos uma dívida do INSS por não obtenção do certificado de filantropia, próprio das entidades de direito privado e não das entidades de direito público e gerou, até o presente momento, cerca de 30 milhões de ação ajuizadas no governo federal por falta de recolhimento da contribuição legal ocasionada pela falta de registro de unidade filantrópica que foi negado a AMAC [...] E aí começaram as dificuldades administrativas e jurídicas que são imensas. É sabido que estamos enfrentando hoje, ação civil pública originada do Ministério Público contra o Prefeito, contra os ex-superintendentes, contra todos os ex-prefeitos da cidade de Juiz de Fora durante toda a existência da AMAC. [...] um dos principais pesadelos que paira sobre a cabeça da AMAC porque é uma ação que pode trazer grande transtorno aos funcionários da AMAC.”* (E05).

A proposição que está sendo indicativa para solucionar a situação complexa mencionada refere-se:

*[...] A gente está querendo voltar as origens, da AMAC enquanto entidade de direito privado. Isto vai permitir que a gente preserve os empregos necessários à execução das atividades e preserve o grandioso trabalho que a AMAC oferece à cidade, trabalho magnífico com nível de excelência muito bom, reconhecido pela população. Essa nova estruturação da AMAC vai permitir certificar a AMAC como organização social, ter acesso ao seu conselho de administração, participar efetivamente, até com a cessão dos servidores públicos municipais para entidade* (E.05).

Os aspectos que configuram esta proposição decorrem da argumentação de E5:

*A AMAC vai trabalhar mediante um contrato de gestão com a participação na entidade militante da assistência social, e na da educação que são as duas grandes políticas na AMAC. [...] A ESF já tem o seu caminho traçado pela administração, deve ser absorvido pela administração pública direta da prefeitura, então, não há que se falar disso. Mas as duas grandes políticas executadas na AMAC: política de educação com relação às creches públicas e a política da assistência social como um todo. [...] isto vai nos permitir ter novamente uma maior tranquilidade administrativa e jurídica fazendo com que a entidade tenha o seu certificado de filantropia, e com isso seja isenta de seu recolhimento de contribuição patronal que é*

*uma grande soma de recursos. Isso tudo vai fazer também com que nós contestemos as atuais cobranças. Podemos ter maior legitimidade em contestar as atuais cobranças de ações judiciais a respeito das contribuições patronais já ajuizadas pelo INSS.*

As estratégias que foram tomadas como fortalecedoras da luta empreendida visando sustentar possibilidades de redirecionamento da AMAC são apontadas por E5:

*Nós tivemos nesse ano de 2009, vários fóruns de discussão da AMAC, tivemos a contribuição e ainda estamos tendo, da comissão de participação de cidadania onde agregou-se sindicatos, entidades representativas dos funcionários, filiadores [...]. Eu, particularmente, como advogado militante que advogou durante 15 anos e hoje estou na condição de bacharel em direito, acho que esse é o melhor caminho para a AMAC.*

As expectativas que E5 têm com relação às proposições de mudanças acercam-se de benefícios como:

*[...] pode-se estabelecer condições extremamente transparentes no contrato de gestão, como a que visam assegurar o amplo direito de defesa dos trabalhadores e prever o processo seletivo além de um processo de admissão que seja seguro e obrigatório. Todo esse processo que visa assegurar direitos e deveres dos trabalhadores têm que estar muito bem claro no contrato de gestão. Em relação aos funcionários acho que ninguém precisa ter receio porque a AMAC já se provou diante dos fatos, está provado que o trabalho dos seus funcionários é de uma competência grandiosa então, não vejo assim um temor. E vamos dar a AMAC a verdadeira característica de personalidade jurídica que ela é e, que a gente entende que seja digna.” (E 05).*

A indicação da Secretária que assumiu a gestão da SAS é recente e esta argumenta:

*[...] tem três meses que estou aqui; peguei o trabalho em desenvolvimento. Assumi a SAS no dia 1º de abril de 2009. Acho importante porque era uma Secretaria de Política Social, mas não aparecia. [...] parecia que prestava serviço para a AMAC. [...] a maioria das pessoas não sabia da existência da Secretaria de Política Social, era muito escondida, muito tímida”. (E 01).*

Além desta informação esclarece sobre as ações de assistência social, relacionando-as à responsabilização que foi atribuída à AMAC:

*Parecia que todas as ações da assistência vinham da AMAC, [...] teve essa história toda, é o forte, tem mais de 20 anos e se fortaleceu, ainda bem que conseguiu a fazer o trabalho sério. [...] acho importante que seja reconhecida e desde que o serviço da assistência passe pela SAS. [...] acho positivo a criação da Secretaria e para a valorização das políticas públicas que o trabalho que a gente teve muito no início de tentar tirar ações que a gente não entendia que era uma política social, mas não era que deveria*

*estar na SAS, alguns programas. Hoje ainda tem alguma coisa que deveria ter mexido, mas acho que aos poucos a gente pegando formato da Assistência Social sem ter o assistencialismo separar essa política” (E 01).*

## **a2 – Conhecimento e importância da PNI**

As proposições, realizações, que incluíram alterações governamentais e a busca de estratégias da parte de movimentos sociais, como o dos idosos se inscrevem como essenciais para que se lembre possibilidades de gestação de um embrião que pode ser entendido como indicativo do que a PNI, representa no contexto brasileiro dos anos de 1994. Ao fazer esta ponderação evidencia-se que é preciso reconhecer que potencialidades interventivas, assumidas pelo aparato estatal, nos anos de 1970 - 80, contribuíram para estimular e fortalecer a conquista de espaços de lutas de segmentos de idosos por seus direitos. Estes conforme enunciado no primeiro capítulo passaram a constituir bandeira de luta e de organização de movimentos sociais de idosos: “[...] após 1978/79 a sociedade parecia mais conscientizada da necessidade de dar atenção ao idoso.” (E 14).

As reflexões sobre a conjuntura nacional, a partir da CF/88, fundamentam as ponderações sobre a PNI, referenciando-se a depoimentos. Identifica-se variação de posicionamentos que contribui para o entendimento de que o conhecimento sobre: criação desta Política; reconhecimento da sua implementação, pela área da saúde, mesmo com dificuldades e/ou limitações; gestão da PNI assumida pela equipe técnica na assistência social; responsabilidade sobre o saber da sua existência; compromisso com a formação educacional do idoso na área da educação; e na área de trânsito e transportes reconhece-se o seu significado para o exercício da cidadania do idoso.

*“[...] a Lei ficou parada. Só em 1994 foi que a Lei foi instituída, foi votada e começou a vigorar”. (E 14).*

*“Essa Política do Idoso está vinculada à parte técnica; o contato, as ações, todas saem diretamente da AMAC. Inclusive na hora que a gente foi fazer o PPA, ver as ações do próximo ano, o que iríamos fazer, vimos que o Pró Idoso e as Unidades têm um trabalho muito grande, muito interessante. [...] (E01).*

*“[...] a PNI é pra nós especial até em recursos, fluxos e organização de serviços [...] segue diretrizes gerais. Não sei se em sua plenitude porque não tem sistemas de informação que me permitam a partir de monitoramento e avaliação dizer se estamos seguindo ou não. Mas com certeza estamos dentro da ótica das diretrizes nacionais desta política”. (E 02).*

No que se refere às particularidades da AMAC quanto a particularidades desta política



os esclarecimentos de E 05 são destacados:

*A política municipal do idoso, as ações estão concentradas no CCI [...]. Os recursos necessários para as diversas atividades de entretenimento, lúdicos e de outras atividades, desenvolvidas nele são acordadas com a SAS; e a AMAC provém recursos necessários. Não existe montante, mas solicitação de acordo com as ações” (E 05).*

*“Como a AMAC se posiciona na porta da execução essa política e esse planejamento, a discussão da política, a implementação das diretrizes de uma política municipal, partem exatamente da Prefeitura de Juiz de Fora e também da SAS. É lá que são gestadas as políticas e as atividades preferenciais que serão levadas a efeito na política municipal do idoso. A AMAC cabe dar suporte em termos de recursos humanos e suporte em termos de custeio. Todo custeio das atividades e a disponibilização do material humano para a realização das atividades são preconizadas pelo convenio e como tal a AMAC faz o devido aporte desses recursos. Sejam recursos humanos, sejam recursos materiais para financiar o custeio das atividades.” (E 05)*

*“Temos institucionalmente na estrutura organizacional da entidade, uma Coordenadoria Executiva da Pessoa Idosa. Este é o órgão que faz a interface com a PNI. Inclusive temos hoje uma funcionária que é referência no estudo e avaliação na política nacional do idoso que é constantemente chamada a participar dos planejamentos do governo federal e que vai funcionar como uma teia, passa pelos governos estaduais e chega na gestão municipal onde tudo acontece. (E.05)*

*“Segundo nossa coordenadora executiva, a política municipal do idoso, [...]executada pela AMAC é referência nacional. Juiz de Fora[...]. Temos reconhecimentos que nos fazem acreditar que estamos caminhando.Se não da melhor maneira como deva ser, mas, com objetivos bastante claros e bastante avançados.” (E 05).*

Sobre a dimensão desta política na **área da educação** explicitada por E10, informa-se que:

*“Como educadora tenho conhecimento desse documento. Sei das necessidades do nosso país e o abandono à questão dos idosos. [...]. o que falta é gestão política pública pra isso. Não temos nos unido pra esse objetivo. Existem até bastante encontros sobre inclusão, aí entra o idoso.Mas, é uma pontinha diante da enorme quantidade de pessoas no país que são necessitadas de atenção, e cuidado”.(E10).*

*“[...]a PNI estabelece que a educação [...]tem papel importante na questão do idoso, porque tem que garantir uma forma dele viver melhor e participar da sociedade e ter uma relação com as outras gerações de uma forma saudável [...](E03).*

No que se refere à **área dos transportes** a visão de E11 é elucidativo o seu posicionamento:

*"A política foi criada com boas intenções, estabelecidas em 1994 com normas de direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. [...]".(E11)*

A associação entre a PNI e o Estatuto é reveladora de que sobre este existe conhecimento de aspectos que o compõe e ressaltando-se por meio de argumentos de

A associação entre a PNI e o Estatuto é reveladora de que sobre este existe conhecimento de aspectos que o compõe e ressaltados por meio de depoimentos de entrevistados da área da assistência social. Estes depoimentos são explicativos: da necessidade de mudanças de condutas de instituições; de comparações com a AMAC; de valorizando da amplitude do mesmo; do reconhecimento do trabalho em rede envolvendo instâncias públicas e da sociedade civil:

*"Com relação ao conhecimento da PNI, entendo que a elaboração e a expedição do Estatuto é um avanço. Dentro desse Estatuto, foram reafirmados conceitos importantes de proteção à pessoa idosa e a institucionalização de vários aspectos que ocorriam de fato e que ainda não tinham a sua proteção como regime jurídico capaz de dar cobertura às iniciativas até então dispersas. [...]Talvez as instituições que militam no campo da assistência à pessoa idosa tenham que fazer aprimoramentos, acompanhamentos e um constante aperfeiçoamento dessas instituições.. A AMAC como executora tem que estar restrita ao Estatuto." (E 05)*

*"Vejo o Estatuto do Idoso reforçando a PNI [...]Através das conferências, de todas essas legislações, a diretriz da PNI ta saindo do papel pra prática, criando estratégias para que os municípios fortaleçam o trabalho de redes através das políticas publicas em secretarias, das ONG's porque o poder público sozinho não vai dar conta desta demanda. É uma co-responsabilidade, essa rede trabalhar junto, ter um fluxo pra resolver situações, pra promover, pra proteção, pra defesa dos direitos e deveres [...]". (E 07).*

A vinculação da PNI na SEDH constitui aspecto relevante que foi retratado nas entrevistas relaciona-se com depoimentos de E01; E05; 07; 08 singularizando posicionamentos que evidenciam vantagens devido à facilidade de acesso, rapidez na formulação de diretrizes políticas que contrasta com a dificuldade de liberação de recursos. A ampliação destas retratações estão ancoradas é citada outra possibilidade de vinculação – Presidência da República ou MDS, ressaltando-se a necessidade de garantia de eficácia, considerando-se ser um ganho e sustentando-se a manutenção da sua importância. A argumentação representa comparação com a situação de desmembramento da assistência social que foi anteriormente detalhado.

*"Não vejo nenhum problema, vejo vantagens, porque é uma Secretaria que está diretamente ligada com a AMAC; o acesso é mais fácil, e dali sai com mais rapidez, prioridades e políticas pra atender o idoso; quem cuida de*

*crianças. [...] o único problema que pode ter é a liberação de recurso [...] (E 01).*

*"Em relação à mudança de localização da PNI [...] num órgão ministerial ou, até, dentro da Presidência da República onde se presume que as soluções sejam mais rápidas e a interface com os vários órgãos daquele organismo seja federal, estadual ou municipal, aconteça com mais agilidade e efetividade,[...]e; se a política for efetivamente aplicada no âmbito da Presidência da República, foi um ganho. Agora, se também ficasse na estrutura organizacional do MDS e tivesse acertado pequenas condições de eficácia, também não vejo diferença. O que importa é o prestígio da política, especialmente em relação à alocação de recurso: é o toque de qualquer execução.(E.05)*

*"Desde 2008 havia uma discussão sobre a localização da PNI no MDS. [...] Foi definido neste mesmo ano o repasse da PNI para a SEDH sob o entendimento de que a pessoa idosa, a criança, o deficiente, o negro, e outros segmentos, são políticas transversais que não podem estar somente na assistência. Foram várias discussões. (E07).*

*"Esse nome é muito bonito: Direitos Humanos. Mas isso gera um distanciamento. É como acontece em Juiz de Fora: são políticas ligadas à assistência e de repente a partir desse ano nós tivemos todos os Conselhos alocados na Secretaria de Governo [...] enquanto o CMAS ficou na SAS. Houve um desmembramento e um distanciamento. Acho que a SNDH não passa nenhum recurso para política de idoso de Juiz de Fora.[...]" (E.08).*

A referência que E07, E07, E10, E11, fazem das Conferências Nacionais da Pessoa Idosa realizadas em 2006 e a de 2009 revela a importância das mesmas porque constituem eventos em que são veiculadas informações que expandem as possibilidades de troca de experiências, discussões, questionamentos e apreensão de potencialidades para que sejam investidas melhorias na atuação dos profissionais envolvidos com a questão do idoso.

*"Os técnicos que compõe a estrutura organizacional da AMAC participam das conferências e são chamados à participação enquanto entidade privada [...] que integra a rede de assistência social. O corpo técnico não só discute as políticas como propõe indicativos às conferências sejam elas estaduais ou federais e também participam constantemente de capacitações.[...]Então, a gente obedece o que o gestor maior - MDS- preconiza como sendo o melhor método, as melhores iniciativas, o melhor jeito de melhorar as questões." (E 05).*

*Na primeira Conferência Nacional surgiu essa discussão que levou a transferência da Coordenação Nacional da Política do Idoso para a SDH, que passou a ser a gestora pelo entendimento de que o idoso está na saúde, no transporte, na cultura, na habitação, portanto, em todas as políticas. Então a CPNI não pode estar na mão somente de uma política pública. E isso foi repassado, num acordo de cavaleiros, pra SDH.[...]*

*Enquanto técnica da área e colaboradora da SNDH, eu concordo com essa opção porque essas questões passam pelos direitos humanos. A SNDH vira gestora, a dá a diretriz de todo o trabalho[...].(E07)*

*“Eu sei de tudo, conheço, sei o que ta acontecendo, mas isso não ta chegando como deveria aos interesses públicos mesmo. De cada um de nós, de cada um dos Conselhos, a gente se reunir, sentar, debater, e ver o que pode ser prioridade qual é o planejamento para os próximos 2 anos, os próximos 5 anos, para os próximos 10 anos [...] a gente sente tudo muito sem conexão.” (E 10)*

*“Não, sinceramente, só tomei conhecimento disso agora, através dessa entrevista. Não temos nenhuma notícia, nenhuma informação. O próprio órgão municipal deveria nos repassar essas informações, nos convocar para uma participação mais efetiva nos trabalhos ou nas atividades que eles possam ter e que envolvam a sociedade de um modo geral.” (E 11)*

### **a-3 integração intrasetorial**

A revelação de que instâncias da administração municipal que atendem a idosos estão integradas e/ou buscando estratégias de integração referenda que é por meio da união de esforços, de ações conjuntas, de troca de experiências, que reforçam a prestação de serviços a estes usuários. A preocupação em situar a importância desta integração é manifestada considerando-se como aglutinadora de proposições e de engajamento para que estes usuários possam exercer seus direitos, mesmo que com limitações estruturais e conjunturais que se associam à municipalização e à descentralização dos serviços sociais públicos.

Especificando-se a **área da saúde (SMS; DSTI)** identifica-se que esta integração significa:

*“A SMS tem o DSTI voltado exclusivamente para essa faixa, que trabalha em parceria com outras áreas e secretarias aqui para o desenvolvimento das ações para essa faixa da população” [...]as SMS, Planejamento Estratégico, de Governo e Articulações, Política Social e mais a sociedade atuam e devem atuar integradamente[...] não consigo ver uma política pro idoso efetiva se não fizer rede, [...] não só pela questão da violência mas por todas as questões; envolve tudo: [...]transporte adequado; qualidade de vida do idoso [...] todas secretarias deveriam estar integradas em prol das políticas e principalmente a do idoso.” (E 02).*

*[...] Estamos trabalhando no planejamento na promoção da saúde, interligação com creches, com Pró Idoso. Mas pouca coisa caminhou, porque parece que essas coisas relacionadas não caminham, os próprios profissionais da saúde não estão afim; querem só atender. Não tem nada em relação ao idoso e a gente vem batalhando para que [...] consiga caminhar um pouco mais.” (E 06).*

Na **área da assistência social (SAS, AMAC, CIC)** o enfoque da integração recai em articulações decorrentes de necessidades, com atribuições específicas e que parecem não ter correspondência com a formulação e execução de projetos co-responsabilizados, mas sim articulados por instâncias que detêm proximidade de interesses e de finalidades.

*“Na gestão do Prefeito Custódio Mattos em todos os setores buscamos trabalhar em parceria com todas as secretarias. Essa integração das secretarias é uma meta da atual administração. [...] A gente precisa da SMS no trabalho específico para o idoso; [...] apesar da SME não trabalhar com essa faixa, mas existem métodos de trabalho dentro da secretaria, como a de biblioteca, tudo que atende o idoso. [...] é importante o trabalho da Secretaria de Cultura que é a FUNALFA com atividades que atendam ao idoso; ao esporte e lazer que a gente a cada dia mais vê a importância no dia-a-dia do idoso. O transporte [...] acho que a delicadeza do motorista em atender com gentileza o idoso; o trabalho constante [...] ainda continua no pró idoso. [...] tem uma parceria grande, e a Secretaria de Governo articula tudo. E acontecem situações que a gente pode precisar da Secretaria de Obras como de uma rampa para o idoso que não tenha na casa dele [...] acho que todas as secretarias, tô citando algumas que a gente já precisou às vezes em algum momento, vou precisar de uma secretaria que eu não estava imaginando.” (E 01).*

*“A AMAC interage com a SAS que é a principal parceira da assistência. O que a gente faz na interação, na execução dos projetos, programas é com as entidades da rede viva mulher, a rede pro idoso, e, com as entidades de direito privado também que lidam com as políticas de assistência social.[...] a Coordenadoria Executiva da Pessoa Idosa é vinculada diretamente à Superintendência da AMAC [...] Os assuntos pertinentes à execução da política são tratados diretamente com a coordenadoria executiva. Com relação as instituições parceiras na execução, há grande envolvimento por nós sermos referência da política, pela cidade sair na frente, ser considerada uma cidade progressista. As várias entidades privadas têm na AMAC referência e se envolvem com a execução da política.”(E 05).*

*“O CIC ta na proteção básica. Então a gente trabalha, além de ONG’s, o SESC um grande parceiro, a Suprema que é uma faculdade da área de saúde, na prevenção em saúde, a SME, na alfabetização de EJA e no conteúdo do envelhecimento junto às crianças, a SMS com outros departamentos e como DSTI e as UBS ,os idosos inscritos no programa de vítimas de violência[...].A Funalfa em alguma ações como cinema, biblioteca no centro de convivência [...]oficinas de leitura, concursos de redação, concurso de literatura,e outras ações nos bairros que a Funalfa desenvolva junto aos grupos. A Secretaria de Esporte e Lazer está começando a retomar o programa de caminhada com as UBS.” (E 07).*

*O CCI tido como padrão no Brasil, não pode deixar esmorecer [...] agregar a ele outro projetoque é o que criou o Fundo Municipal do Idoso.Temos que fazer: conscientizar a comunidade, chamar atenção de forma quase agressiva, se for necessário, chamar as falas, mostrar, abrir os olhos da comunidade para o absurdo que é o preconceito contra o idoso, todo preconceito é uma estupidez, para o idoso é uma estupidez dupla.”(E 13)*

As manifestações desta integração **na área da educação (SME;CME)** referem-se:

*“[...]temos nos unido pra esse objetivo. Existem até bastante encontros sobre inclusão, ai entra o idoso. [...] (E10).*

*“[...] sempre em conjunto, às vezes com a AMAC, com a SAS, de Cultura, [...]pra enriquecer, ajudar[...]a gente entra como parceiro”. (E 03).*

A revelação E02 é pertinente à necessária integração entre instâncias intrasetorial destacando-se que:

*“[...] a Secretaria de Planejamento Estratégico e Desenvolvimento vem trabalhando com um olhar pra esta população, já que tem que planejar e desenvolver as ações pra cidade inteira. [...] a população de idosos já é representativa.” (E 02).*

#### **b – institucionalização ou não de idosos**

As determinações legais singularizam e tratam do reconhecimento e legitimação da família como a principal responsável pelo idoso: *“Em todas as leis como Constituição, PNI, Estatuto, a prioridade é o atendimento na família que tem obrigação; depois a comunidade, a sociedade.” (E 01).* Este é um dos posicionamentos assumidos por entrevistados, ao manifestarem que:

*“O melhor lugar pro idoso é a família[...] só deve sair dela se a família não tem mesmo a mínima condição[...]”. (E 03)*

*“O melhor lugar do mundo é a casa da gente”(E 05).*

O estabelecimento de comparação com instituições que dispõem de recursos na percepção de E08 não valida a opção por estas, visto que reconhece que os vínculos familiares precisam ser mantidos e conservados, associando-os à significação da gratidão ao ser que envelhece:

*“Por mais bonito que seja o lugar de permanência, que tenha piscina, que tenha área de lazer, e que tenha todos os profissionais, o amor de filho, além da família é primordial para qualquer ser humano. É realmente esses idosos que já sofreram a vida inteira, criaram seus filhos e tudo. Dói a gente ver que podia ter feito muito mais pelos nossos idosos Eu acho que uma família que abandona, ou que acha que não abandona, porque às vezes coloca o idoso num lar e diz que está pagando a conta,[...]. a pessoa que faz isso é realmente um animal” (E 08).*

Merece destaque as argumentações de E 09, que além de reconhecer a significação do espaço familiar para a permanência do idoso, esclarece sobre a necessidade de ampliação de recursos e de condições, visando estar preparada, almejando o apoio do poder público, alterações na política de saúde e capacitação de cuidadores.

*“Acho que o melhor lugar para qualquer pessoa é na família, desde que o Estado, o governo local oferecesse mais condições para que essa família pudesse acolher o seu idoso. Às vezes fica muito caro dar atenção, tem que cuidar dele o dia inteiro. A família trabalha e se vê obrigada a colocar o idoso numa instituição. Acho que teria que ser através da política de saúde para que fosse possível[...] ter cuidadores de saúde capacitados por um preço, subsidiado ou parcialmente subsidiado pelo poder público, não sei como. Entretanto, na realidade atual isso não é possível.” (E09).*

Também verifica-se em E07 a preocupação com a família pois: “[...] na prática, muitas vezes não está preparada para acolher o idoso; falta conhecimento sobre doenças [...] Alzheimer, Parkinson [...] vejo a instituição como a última opção”. (E 07).

A atribuição responsabilização à família foi qualificada por outro informante como situação ideal, esclarecendo que: “[...] falta um pouco de apoio da família” (E 10).

As ponderações sobre o reconhecimento da institucionalização têm fundamentos expressos nas condições do idoso, nas dificuldades de convívio familiar, pois em decorrência de mudanças nas relações intrafamiliares, vem prevalecendo na vida cotidiana o projeto individual, competitivo e que supervaloriza a utilização do tempo pessoal. Compreende-se também que a vivência intergeracional tem sido descartada, pois, os avanços científicos e tecnológicos tendem a reforçar a supremacia do conhecimento, desqualificando a experiência acumulada, que traduz uma das características do idoso. Mas com estes avanços esta supremacia no contexto contemporâneo associa-se até ao despreparo de familiares em cuidar do idoso e assumir a institucionalização como “mal necessário”; opções para a alocação dos recursos financeiros da família; limitações a que é submetido o idoso no espaço doméstico.

*“[...] tem casos de institucionalização que talvez seja um mal necessário, por que é comum a situação de família, de parente, de amigos [...] em que forcem uma situação para que o idoso não fique com a família; mas não acho que é uma situação desejável.” (E 02).*

*“[...] a institucionalização pra mim é pra pessoa que não serve mais para nada, e, não tem mais lugar [...] tem que ficar em alguma instituição. Em princípio esta idéia não me agrada muito [...] vejo da mesma forma o caso do paciente da saúde mental, pois pelo sistema de saúde mental hoje ele tem que voltar pra casa [...] mas existem casos [...] que não tem programa que abrigue todos e muitos têm que ser institucionalizados. Talvez o idoso tenha*

*um pouco disso, mas a gente tem que combater.” (E 02).*

*“[...]Não sei se as famílias estão preparadas, mas deveriam estar, porque para o idoso seria melhor. Isto depende, porque tem idoso doente, foi tratado pela família e ficou de cama. [...]o mundo hoje é muito complicado, as pessoas trabalham, correm, não têm tempo e ter idoso em casa, se não é dependente, é tranquilo, até participando [...] vejo que às vezes ele fica muito jogado, sem ter o que fazer, só na televisão mesmo. [...]na situação de hoje, é melhor levar para uma instituição” (E 03).*

As condições da família influenciam a opção ou não pela institucionalização, o que sinaliza que a precariedade de recursos de famílias pobres serve até mesmo como justificativa para assumir esta opção, que sustenta o posicionamento de E 04:

*"A institucionalização vai depender muito da condição financeira. Hoje temos um grande número de pobres, nossa população ainda é pobre, não tem acesso a médico porque não tem dinheiro, não tem condições de se transportar, então você vai deixar dentro de casa definhando, minguando? [...]Lógico que se a pessoa não tem condições, principalmente materiais, isso afeta no relacionamento. Entre comprar comida pro filho de 5 anos, pagar a escola deste filho e comprar o remédio da mãe, cria-se o impasse." (E 04).*

Encontra-se argumentações em E 10 que sinalizam para as consequências advindas das mudanças que vêm ocorrendo na família, que limitam a sua possibilidade de manter no espaço doméstico o idoso. Além disto, esclarece sobre a existência de recursos para integrantes da família – creche e pré-escola para a criança; a disponibilidade de recursos financeiros para manter o idoso em instituição o que diferencia uma família “rica” de outra “pobre”.

*“A família passou por uma grande transformação e o idoso está mais desamparado ainda, por causa dessa transformação. As pessoas trabalham o dia inteiro, elas mal têm onde deixar as crianças [...] No nosso país ainda existe a preocupação, de creche, de pré-escola, mas com o idoso nada; tá totalmente desprotegido porque os filhos não tem condição financeira pra isso. E a gestão pública, também não está preocupada com isso. As pessoas que podem pagar colocam os idosos em instituições [...]mas, a maioria não tem essa condição. Hoje sabemos que os idosos tem uma participação grande na família que é questão da aposentadoria, que é pequenininha, mas ainda assim ajuda os filhos. Geralmente são jogados, não têm carinho, não têm cuidado.” (E 10)*

Mesmo reconhecendo o significado de institucionalizar devido a sua precária condição E 06 destaca que o idoso manifestaria posição contrária, caso fosse questionado sobre esta opção assumida por familiares. Ampla seu depoimento com a indicação de índices que



sinalizam a predominância da permanência no ambiente familiar:

*“A opção por instituições depende da condição do idoso. [...] a gente tem então que preparar as famílias e [...] podia perguntar pra idosos se gostariam de ficar lá e acho que não gostariam. Sei que tem idosos terminais, a família também sofre [...] 70 ou 80% idosos caberiam às famílias e 20% precisam ficar em instituições [...]” (E 06).*

Também existe a compreensão de E 02 que ao referenciar sobre a institucionalização como uma das opções, reconhece e expressa que é preciso criar alternativas, pois a relaciona ao modelo tradicional e inadequação dos procedimentos utilizados:

*“Se a institucionalização é o entendimento da PNI; não é bom, a não ser nos casos que realmente não têm saída. Além disto, tem que ter alternativas para a sociedade, por que senão institucionaliza [...] o abandono, maus tratos nessas casas de apoio. Este é o modelo tradicional que tem sido mantido.” (E 02).*

Associa-se a estas ponderações os aspectos que E 05 qualifica como indispensáveis para que ocorra a institucionalização. Menciona a necessidade do poder público fiscalizar e que o atendimento seja prestado por profissionais de diversas áreas.

*“[...] Existem situações em que se institucionalizou a permanência dos idosos em lares, abrigos e outras instituições do gênero. Enquanto executor da política, acho, que tem que aprimorar ferramentas de observação, de constante fiscalização para que se possa conhecer e coibir qualquer tipo de abuso, qualquer tipo de contra verdade à legislação pertinente à política do idoso. Cabe ao poder público ficar de olho. Onde há abusos, coibi-los de maneira veemente. Temos hoje um aliado muito grande que é o poder judiciário, Temos promotorias especializadas [...] As instituições privadas que tratam da permanência dos idosos tem que ter a fiscalização e a colaboração do poder público, a quem cabe levar sua política pra dentro dessas instituições, proporcionando aos idosos que estejam nessas instituições não só o crescimento de um amor sadio, mas que tenham um acompanhamento psicológico, assistencial e vida cultural.” (E 05).*

Entre os posicionamentos contrários à institucionalização destaca-se que o argumento de E06 pauta-se na responsabilização dos familiares com o idoso, indicando que é no espaço doméstico que merece permanecer, ser tratado e cuidado com afeto, carinho, atenção, demandando a mudança de mentalidade destes.

*“Sou contra a institucionalização, pois as pessoas não podem ficar isoladas. [...] os filhos trabalham e alguém tem que ficar com o seu idoso, mas sou completamente contra os filhos que escolhem esta alternativa [...] vemos coisas nas instituições que são muito tristes: idosos sendo massacrados,*

*tratados mal, higiene péssima,[...]morrendo mesmo. [...]sou contra colocar uma pessoa que tá no fim da vida, botar num local , botar um aparelho, ela morre sozinha; [...]sou a favor da morte em casa; [...] da humanização do cuidado; do tratamento da dor em casa, [...]Tem que ter boa vontade de fazer[...]a gente tem que mudar a mentalidade das famílias, deixar o idoso com elas, pois são parte delas[...]"(E 06).*

A validação das duas possibilidades de atendimento às necessidades do idoso – família ou instituições – é feita por E 09, reconhecendo que estas são determinadas pela PNI, para aquele que não tem família. Inclui como preocupação o idoso morador de rua, que demanda a implementação de diretrizes políticas, que incluam o conhecimento da sua condição: com ou sem família, assumindo-se procedimentos para cada situação; em caso de institucionalização dispor também de cuidador.

*Tem que ter as instituições também, ainda que essa política fosse para aqueles que não têm família. [...]O que acho inadmissível é ter idoso na rua, muitos pedindo esmolas[...]Tem que ter uma política mais agressiva nesse sentido, de tirar os idosos, de ver o porque que eles não saem, se tem como retomar esse idoso à família, fazer um trabalho, e as que não tiverem, de institucionalizar. Quem sabe um projeto igual às casas lares, da saúde mental, onde aqueles que perderam o vínculo têm uma autonomia, eles mesmos fazem a própria comida[...]. É importante ter instituição para os casos que perderam o vínculo com a família. E dar condição para quem quer cuidar do seu idoso:ver os medicamentos que precisa, ter alguém que ajude pra cuidar, dar banho, essas coisas são muito difíceis” (E 09).*

A comparação entre a manutenção do idoso na família e a institucionalização é apresentada por E11 que enumera aspectos que configura estas duas possibilidades, reconhecendo-se a preferência do idoso pela ambiência familiar, mas não descartando a representação da instituição devido a condições que lhe são mais favoráveis.

*“Cada caso é um caso. Tenho notícias de que pessoas vivem muito bem em instituições.[...]Às vezes a família não tem condição de manter o idoso em casa, mas quando tem, o idoso prefere ficar junto da família. Dentro de casa, juntos aos familiares é muito melhor ficar do que numa instituição, mas em certas situações esta pode suprir a necessidade do idoso, perfeitamente.” (E 11)*

### **c – intersectorialidade das políticas sociais municipais**

As possibilidades de interação e de integração entre instituições públicas e privadas na área da assistência social decorrem fundamentalmente do estabelecimento de convênios, que visam garantir a institucionalização de idosos.

Esta parceria representa a alternativa para que o poder público possa respaldar a sua

responsabilidade com idosos, liberando recursos financeiros visam o atendimento às necessidades destes que passam a usufruir de recursos e serviços.

Os recursos alocados para o cumprimento dos acordos estabelecidos representam para o poder público gastos inferiores aos que teria se fosse o mantenedor de instituições para idosos. Também merece destaque a co-participação do CMI, reconhecida como essencial no acompanhamento desta parceria.

*“[...] em Juiz de Fora a gente tem algumas instituições conveniadas com a SAS; não sei falar agora se são 2 ou 3 [...]. A gente faz acompanhamento. Pro poder público é muito mais econômico ser parceiro [...] fica muito mais barato, porque fazer um abrigo de idoso [...] soma quase R\$2.000 per capita por mês, ou 1.600. No convênio com a entidade o custo é de 300,00 a entidade ganha em volume[...] mas a gente tem que saber que são essas entidades, por que tem as que maltratam” (E 01).*

*“No caso do idoso, temos uma interação com a rede privada muito importante que é o abrigo Santa Helena, o Luisa de Marilac e outras entidades [...]. O que a gente faz na execução é meramente o que é pré-estabelecido pelo CMI [...] onde se tem acesso às entidades privadas e aos representantes governamentais que discutem rotineiramente as políticas públicas do idoso, seja para avançar ou consertar alguma política que possa estar errada. Essa, basicamente, é a interação.” (E 05).*

*“Hoje a única coisa que tem que já vem de longo tempo é a parceria com o abrigo Santa Helena [...] que esse ano teve uma melhora nos recursos por conta de quase 200%. Saiu de uma per capita de 100 para R\$300 variando de 250 a R\$300. [...] As demais entidades, como [o Marilac] e João de Freitas, este, funciona há anos na cidade nunca receberam nenhum recurso a mais mesmo contando com a intervenção do CMDI [...]” (E 08).*

Na área da saúde E10 informa que existe a precariedade de integração entre instituições públicas e privadas, sendo a alternativa a interação com a comunidade.

*A questão da saúde pro idoso é fundamental e está tudo muito precário, muito difícil.[...]Acaba-se encontrando saída na comunidade com pessoas, não de algum órgão preocupado com isso.” (E 10).*

#### **d – participação dos idosos e controle social**

A apresentação de situações que são reveladoras da inserção do idoso em recursos e serviços existentes contribui para dimensionar a sua participação. A carência desta participação decorre do desconhecimento do idoso sobre seus direitos, o que restringe e/ou limita o usufruto de recursos e serviços sociais. Esta é a posição de E01, que se interessa em orientar o idoso para que se insira em atividades existentes, pois valoriza que as mesmas

constituem fonte de conhecimento inclusive de seus direitos.

*“Tem idoso que nem sabe que têm direito ao serviço; é importante fazer isto chegar ao idoso, que é um trabalho que luto constantemente - a busca ativa, porque se conseguir participar das atividades da terceira idade [...] terá uma noção, um mínimo de conhecimento [...]” (E 01).*

Quanto ao CCI não se constata participação efetiva do idoso no CCI, sendo então restrita em alguns dos componentes das atividades que realiza.

*“Infelizmente não.[...]Em relação ao protagonismo e empoderamento, a participação deles no CCI é relativa, pois na elaboração de projetos, ou de qualquer ação que faz menção a política nacional, ao Estatuto ou qualquer outra, ainda não chegamos a esse ponto.” (E 07).*

O fundamento da não participação do idoso de acordo com E08 está vinculado às interferências políticas, que contribuem para que desacreditem em mudanças. A alternativa que escolhem é a convivência entre iguais – formação de grupos de idoso.

*“Acho que é por causa da falta de efetividade da política. Temos que considerar que o idoso na sua maioria é altamente politizado e ao mesmo tempo distante. Pela sua politização já viu muita interferência da política ao longo dos anos que não os ajudavam. Então acabaram por desacreditar nessas políticas.[...] falta participação pois preferem se unir em um determinado grupo, e criar um programa para eles como o de SERESTA Seresteiros de idosos[...]acabaram criando um lazer para eles onde eles se sentem muito bem; além disto vão para outros locais, se mantém, correm atrás [...]. É muito bonito, mas você sente com isso que há um descrédito.” (E 08).*

A ausência de espaço de participação na **área da saúde** é ressaltada por E02, que informa não ter recebido demanda. Contrapõe esta situação com o a existência do espaço institucionalizado – CMS e Ouvidoria – mas que se efetiva por representação.

*“Não tenho espaço específico de participação dos idosos na SMS a não ser daqueles criados que é o CMS e Ouvidoria [...] fisicamente estão presentes como conselheiros, mas não são representantes dessa faixa da população. Não recebi ainda nenhuma demanda de ninguém, nem de CMI [...]” (E 02).*

Também nesta área, no DSTI percebe-se que falta participação do idoso em atividades que integram o atendimento que lhe é dispensado, reconhecendo que mesmo em situações rotineiras demandam orientações e esclarecimentos.

*"[...] a participação de idosos no DSTI [...] é o que mais falta, até porque não tem espaço[...] fazemos algumas vezes, sala de espera, mas é um monólogo. [...] vamos fazer [...] um café da manhã para os idosos onde vão mostrar seus trabalhos; vamos fazer uma [...] reunião social, que é muito importante. [...]. Só temos parcerias quando existe comunhão ou troca de idéias. [...] a gente tem que mostrar pra eles o seguinte: passou mal vai aonde, pego aonde, cadê o remédio pra pegar; eles tem que ter tudo na mão [...] e dar pra eles uma abertura maior em termos de encaminhamento[...] para não debilitar ainda mais o idoso." (E 06).*

Esta ausência é identificada na **área da educação** e, além desta manifestação, E 03 ainda esclarece a indefinição sobre o que poderá ocorrer neste ano (2010).

*"Quando a gente planeja, na SME, não tem o idoso como tema [...] não é um tema nosso. O que vamos fazer em 2010 pro idoso? não tenho definido." (E 03).*

Esta situação é revelada por E10 que acresce a não participação o que ocorre no CME que representa espaço de não inserção, nem em relação à temática do envelhecimento.

*"Não, os idosos não participam e não tem fala dentro do CME. Geralmente são pessoas representantes da comunidade, mas a questão do idoso não chega ao Conselho." (E 10).*

Mesmo reconhecendo a longevidade do ser humano como um fato do contexto contemporâneo, E10 tem o posicionamento transparente sobre a não participação do idoso seja na sociedade ou no ambiente doméstico e considera que o idoso não dispõe de recursos e nem é reconhecido como ser humano útil.

*"O idoso tem tido uma maior longevidade. Sabemos que eles vão a 80, 90 quase 100 anos, mas sem qualidade nenhuma. Aumentou um pouquinho a questão da longevidade, mas não aumentou em nada a qualidade pra eles, então o sofrimento tem sido muito grande. Viver depois de 70 anos praticamente tem sido inútil. Eles não têm participação na sociedade, não tem nada pra fazer, não tem dinheiro, não tem como ser protegido, estão desamparados. É muito raro hoje em dia, uma família onde se vê que o idoso tá sendo amparado." (E 10)*

Na **área do transporte coletivo e trânsito** também a mencionada ausência de participação é notada por E04, embora reconheça que medidas são tomadas em situações que ocorrem nos relacionamentos pessoais.

*"[...] pro idoso efetivamente a gente não recebe muitas demandas específicas não, elas às vezes saem de dentro do que a gente fala com as*

*“pessoas que têm dificuldade de locomoção, aí pode ser tanto jovem quanto idoso.” (E 04).*

A igualdade de posicionamentos sobre a não participação do idoso é identificada nos entrevistados E11; E12; E 13 manifestando em seus argumentos que tem carências de condições de sobrevivência; precisa ser motivado e mobilizado.

A preocupação com a utilização do transporte coletivo pelo idoso é ressaltada por E 04 que manifesta a necessidade de cuidados que nem sempre existem e que está demandando a utilização de recursos e que necessita de política específica.

*“Não há política específica para quem interage com os idosos, como motoristas, motociclistas e passageiros mais jovens. O exemplo é buscar peça teatral [...] esquetes de 5 ou 6 inserções, acompanhada de uma palestra [...] procurando essa aproximação do motorista de ônibus, cobrador de ônibus e o usuário idoso. Para os outros segmentos é a conscientização da pessoa que vale. Depende do comportamento que não é só no trânsito, mas o comportamento social porque boa parcela desses idosos convivem com as pessoas não idosas. A convivência de respeito ela tem que ser ampliada [...] no dia a dia e entender as dificuldades que os idosos têm para que eles possam participar mais ativamente na sociedade.[...]” (E 04).*

### **3.2 Identificando limites e potencialidades**

O conhecimento obtido por meio das entrevistas realizadas possibilitou ampliar o conhecimento sobre a gestão da PNI em Juiz de Fora, buscando-se sinalizar as articulações com as políticas sociais de saúde, assistência social e educação e mencionado-se a gratuidade dos transportes coletivos como um benefício social

Apreende-se do conteúdo apresentado no item 3.1 que esta Política também em Juiz de Fora representa uma conquista, mas não se pode esquecer que foi gestada no governo Itamar Franco, passando e sofrendo interferências e consequências da consolidação do neoliberalismo no país. Esta consolidação se expressa na reforma gerencial do aparato estatal, condicionado a apresentar respostas e soluções para os problemas sociais dos idosos na dimensão do Estado mínimo para o social. Esta dimensão tem rebatimentos nas esferas estadual e municipal, nas quais princípios como a municipalização e descentralização têm sido a tônica para a defesa de que está ocorrendo partilha de poder político, somado ao empoderamento de representações que se disponibilizam a prestar serviços nos conselhos de direitos.

Compreende-se então que a conjuntura social, política e econômica do país oferece subsídios para se pensar na cidadania do segmento de idosos, que pode parecer conquista

ultrapassada, pois ainda persiste a limitação e a restrição que afetam este segmento, pois ainda se encontra sofrendo o preconceito e a discriminação no seu cotidiano. Também este segmento, na sociedade globalizada ainda não tem conseguido acompanhar os avanços científicos e tecnológicos, que contribui para ampliar a sua exclusão social.

Um *apartheid social*, este é o termo utilizado por Paz (2000), quando define o idoso frente ao mercado sócio-econômico vigente e reitera que esta situação acarreta para este ser humano conviver com o sofrimento, violência, discriminação social.

Neste sentido reforça-se que uma das estratégias para a viabilidade da cidadania ao idoso refere-se à PNI, que tem significação na trajetória das diretrizes políticas para este segmento, pois inclui a necessidade de co-participação e co-responsabilidade às políticas sociais.

Estas ponderações se sustentam além dos caminhos percorridos neste estudo em sugestões e proposições apontadas pelos entrevistados indicativas de que mudanças se fazem necessárias, mesmo que tomadas em relação às políticas de saúde, assistência social e educação.

*“ [...] a cidade não esta preparada pra esta política, [...] temos que fortalecer as políticas públicas para os idosos; temos [...]ações importantes de referência nacional, mas necessitamos fortalecer outras áreas. A mais fortalecida é a assistência social, mas precisamos fortalecer outras como educação, introduzindo a questão do envelhecimento na grade curricular [...]; fazer cumprir o Estatuto; na habitação, esporte e cultura. Fortalecer cada vez mais a integração, trabalhar juntos, em parceria, pensando numa política de qualidade pra essa população.” (E 07).*

*“[...]Juiz de Fora não tem uma política municipal garantida em lei, aprovada na Câmara, e nem um plano municipal pro idoso. A Coordenadoria Municipal do Idoso teria a responsabilidade de tratar as políticas públicas, articular e criar esse plano municipal e monitorar[...]” (E 07)*

*“Ainda falta muita coisa, principalmente na área do idoso. Nos últimos quatro ou cinco anos não houve nenhuma evolução a esse respeito.[...]Temos visto que são mantidos apenas aqueles projetos, aqueles convênios antigos como o abrigo Santa Helena, como o Pró-idoso, e estacou naquilo. Não há evolução, fica no papel” (E 08).*

*“Acho que está muito parado, mas não é só a política do idoso, é geral. A única coisa efetivada em Juiz de Fora são os Programas criados em âmbito federal como o Bolsa Família, como o Pró Jovem,[...]fala-se em descentralização,mas as políticas continuam centralizadas. O governo cria um programa em rede nacional, lança esse programa e todo o recurso da área de assistência vai para aquele determinado Programa. Prova disso é que 90% dos recursos que chegam em Juiz de Fora, federais, já são*

*carimbados pro Bolsa Família. Não tem como deliberar sobre eles. E agora está se criando o Pró Jovem.[...]Por sua vez, não se vê o município opinando sobre esses recursos[...]. Todas as Políticas estão sendo reduzidas, e eu estou com muito medo do que vai acontecer daqui para frente” (E 08).*

*“Eu acho que a cidade ainda não está preparada, a gente tem uma população enorme de idosos, que usa o SUS. Acho que é uma população maior que de criança, adolescente, [...]que tem doenças mais crônicas, então ele exige uma atenção maior. E eu não vejo essa atenção especial pra população idosa. Acho que isso ainda tá no plano das metas, mas não tô vendo uma política firme nessa direção assim de atender a população idosa” (E 09)*

*“Tem bastante esforços nesse sentido, mas ainda precisamos caminhar nessa área. Tá tudo bem precário. Algumas intenções tem sido feitas pela Prefeitura. Algumas áreas, alguns setores da cidade estão preocupados, mas não vejo ainda medidas realmente convincentes dessa prioridade ao idoso.” (E 10)*

*“Acho que não.[...]As calçadas de Juiz de Fora são perigosas para todas as pessoas, principalmente pros idosos.[...]Há uma quantidade muito grande de acidentes que não são anotados, ou informados e existem muito acidentes com idosos. A questão de subir e descer do ônibus, o idoso em pé dentro do ônibus, tudo isso é um risco constante. Os motoristas não têm ainda a consciência que estão lidando com uma pessoa que precisa de uma atenção especial[...]. Um tratamento diferenciado, especial, temos que ter em Juiz de Fora. Não é só no transporte e trânsito, têm muitas outras áreas” (E 11)*

*“Tentar abrir um modelo de instituição que funcione. Em São Paulo, por exemplo, criaram um abrigo vertical, não sei como que funciona, mas eles pegaram um antigo hotel que estava desativado [...]quis imitar, liguei pra SAS de lá [...]senti que não está funcionando ainda, mas é para atender 50 idosos, [...]a idéia é um andar administrativo e cada idoso num apartamento, ou dois [...] que consigam conviver bem [...].” (E 01).*

*“[...]O Pró Idoso tem gabarito muito bom; é preciso criar uma coordenadoria [do idoso] maior. Isso facilita o serviço; [...] conseguir mais verbas. [...]acho que pode crescer aumentando o poder político”. (E 01).*

*“[...] trabalhar um pouco mais na AB [...]é realmente onde a PNI pode ter sua expressão mais viva, até mesmo pela proximidade com o idoso.[...] temos uma cobertura de saúde de quase 80% do município [...] com 57 UBS na zona rural e urbana; [...]temos quase 50% de cobertura de ESF, mais de 500 ACS atuando, fazendo visita mensal na residência [...].” (E 02).*

*“Pensei numa campanha. Fico vendo a dificuldade que o idoso tem de locomoção e o quanto é importante um jovem entender o idoso. Hoje os jovens dirigem cedo, são descolados e pro idoso falta companhia que o leve e busque [...] os jovens motoristas poderiam a cada 15 dias ou um mês levar o idoso para o lugar que precisa. No trajeto, conversar com o idoso; se*



*responsabilizar; conhecer que alguns idosos são diferentes dos familiares que às vezes [...] são chatos! Isso tem que ser feito por uma ONG que possa levar essa idéia. [...] Esse contato de gerações é ao mesmo tempo um serviço e aprendizado, pois o carro e a gasolina são do jovem e ele vai fazer uma ação social.” (E 02).*

*“[...] poderíamos trabalhar a questão do idoso na linha que estamos trabalhando a saúde mental: cadastrar, fazer visitas, ao invés de institucionalizar em hospitais ou ILP; colocar o idoso em residências terapêuticas pequenas sob custódia de ONGs. Esta seria uma alternativa para idosos que não têm pra onde ir [...] temos que pensar em equipamentos pra saúde do idoso, como na saúde mental: é preciso criar uma rede[...].” (E 02).*

*“[...] Estamos pensando em [...] construir a rede de atenção integral à saúde do idoso, que é desde a APS, que faz o fluxo com a Secundária e Terciária, para que o idoso possa ter atenção e ações contínuas desde a promoção, porque no idoso e criança, com vulnerabilidade, essas ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, que o SUS preconiza têm que estar disponibilizadas [...] o idoso é principalmente a faixa que mais precisa dessas ações [...]” (E 02).*

*“[...] é possível recuperar no DSTI que era um Instituto de Saúde do Idoso uma coisa maior, com políticas específicas, como pra criança e a mulher. [...] Teria exatamente essa função de colocar os atores que têm influencia em determinadas políticas, conversar com a sociedade [...] sobre a política do idoso. Deveria colocar o idoso na relação com o município, sociedade civil pra definir essas políticas.” (E 02).*

*“A gente tem se preocupado muito com uma metodologia própria pro idoso [...] em vários locais têm uma turma só de idosos e foi solicitado o trabalho voltado para o idoso. Na EJA às vezes a gente não consegue fazer um trabalho só voltado para idoso, porque as turmas são misturadas de jovens, adultos e idosos. A gente tá fazendo um trabalho na SME pra ver se o máximo possível a gente separa esses grupos [...] o idoso tem seu tema, textos, assuntos discutidos junto com a sua visão, experiência de vida, que é, muitas vezes diferente de um menino de 1/15 anos que têm outros tipos de interesse [...] estamos tentando fazer isso, mas já saímos daquela fase de tratar os jovens, o idoso ou o adulto com temas infantis, só porque tá sendo alfabetizado tem que ler o texto do patinho [...] já é feito o trabalho com [...] temática mais adulta [...] o desafio é separar [...] os grupo: jovem, [...] adulto [...] mas muitas vezes a gente não consegue fazer isso porque uma escola, por exemplo, tem dois idosos e o resto jovem; então não conseguimos montar uma turma.” (E 03).*

*“[...] uma coisa importante, que está previsto na lei, que [...] a gente ainda não conseguiu fazer de maneira inteira é a inclusão digital [...] o idoso precisa mexer com computador [...] seria interessante a gente implementar. [...] até pra compensar um pouco essa escola tão voltada pro jovem que a gente tem.” (E 03).*

*“[...] uma coisa que a gente vai fazer também é lutar por um lugar mais*

*digno, porque não adianta falar, como vou fazer, trabalhar com um grupo de nutrição. Qual espaço que temos?” (E 06).*

*“O custo financeiro, a medicação para o idoso[...]tem que estar assegurado na PNI[...]existem muitos protocolos, muitas doenças [...]que dão direito, como remédio de Alzheimer, Parkinson, acidente vascular[...] ]é papel do Estado, tem que garantir a medicação, internação quando necessária, o atendimento prioritário.” (E 06)*

*“[...] O que tem que fazer, independente do nível social, do nível monetário das instituições, é capacitação de cuidadores, de cozinheiros em termos de nutrição, [...] tenho visto muitos idosos obesos e desnutridos que comem a mesma alimentação; [...] não há diferenciação nutricional para cada um [...] tem que fazer reciclagem nutricional [...] os cuidadores têm que ter curso sobre fluxo de encaminhamento de referência e contra-referência. O DSTI participa de cursos de reciclagem e capacitação [...] é referência de geriatria clínica; [...] participa do atendimento terapêutico, não no atendimento preventivo, que vai ser a moda no atendimento daqui pra frente [...] como alimentação saudável, atividades físicas, controle de diabetes, da hipertensão[...].” (E 06).*

*“[...] coloco como sugestão a participação do idoso no planejamento e ações do DSTI; que é uma coisa que não existe[...].” (E 06).*

*“[...] primeiro a gente deve investir no básico, na prevenção, para que o idoso viva mais autônomo e independente; trabalhar com alternativas como [...] estimulação, promoção, cognição. [...]Trabalhar com a família, levar o conhecimento de como lidar com o envelhecimento porque ela não está preparada a acolher os idosos e nem sabe como trabalhar o próprio envelhecimento [...] Trabalhar na prevenção sempre [...] manter o idoso no seu ambiente, na comunidade participando no dia a dia. A institucionalização tem que ser opção do próprio idoso, seja porque está sozinho por isolamento social ou familiar.” (E 07).*

*“[...] está na hora do poder público junto com a sociedade instituir um espaço público de atenção na linha de institucionalização para os idosos de ruas e outros necessitados. Acredito que agora em 2010 não vai acontecer porque nós temos que garantir o orçamento[...]. O interessante é que já está no plano plurianual da Prefeitura, da AMAC, da SAS, como proposta, a probabilidade de criar uma instituição asilar.” (E 07).*

*[...] o Conselho do Idoso precisa ser fortalecido. Eu acredito no papel, na importância que o CMI tem no município. Se todo conselheiro soubesse da importância que ele tem o Conselho seria altamente fortalecido e a política municipal estaria totalmente implantada e reforçada no município. Hoje, o Conselho ta enfraquecido, ta fragilizado[...]. Nosso trabalho não pode sair assim “eu acho que é” no "achismo',Tem que seguir uma diretriz, um planejamento, tanto nacional como federal.”(E 07)*

*“[...]as entidades que atuam na área têm que se profissionalizar, contratar profissionais, ter um corpo técnico trabalhando 24h por dia.Nas entidades e não se vê isso, infelizmente. A gente não*

*conseguiu; está desde 2001, a discussão, vai e volta. Criar realmente parâmetros mínimos de qualidade para cobrarmos tanto do gestor como das entidades não-governamentais condições mínimas de atendimento a esse público[...] Hoje a locação de recurso teve uma melhora substancial, então acho que tá na hora dos Conselhos cobrarem efetividade dessa qualidade por conta até dos próprios recursos que estão sendo utilizados. Vejo não só isso, mas muitas iniciativas até por parte dos próprios idosos, de criarem programas para eles próprios [...] e não há o apoio do governo, muito menos dos Conselhos na efetividade disso. Tenho acompanhado o Conselho do Idoso extra-oficialmente, e tenho visto reclamações de todos os conselheiros[...]. Está se discutindo quem é quem na diretoria há um ano e nenhuma ação é efetivada [...] o próprio Conselho não está se entendendo[...]" (E 08).*

*"Uma das prioridades que o planejamento coloca é esse Centro de Atenção à Saúde do Idoso que o plano traz que tem uma série de metas. A prioridade na atenção primária é atender, fazer mapeamento das áreas descobertas, dando prioridade para idosos que residem nessas áreas. Atenção secundária, que é uma questão importante, porque as doenças crônicas vão ser atendidas [...] participação nacional na campanha de vacinação, antigripal e maior cobertura também. A cobertura da meta de 3.500 idosos ao ano. E tem outras metas de Serviço Social" (E 09).*

*"Achei muito boa essa oportunidade por ter chamado a minha atenção sobre isso. Não tinha parado para pensar na quantidade de Conselhos que a gente tem, quem são, o que fazem. O idoso precisa de uma atenção redobrada. Temos tudo na mão[...] uma política estabelecida, um Estatuto, a Comissão que representa essa população[...] O que falta é tá interagindo mais, fortalecendo comissão, trabalhar fórum de conselho [...] e não ficar fazendo coisas paralelas". (E 09).*

*"A cidade ainda é muito pobre nessa relação de atendimento mesmo ao público em geral. A inclusão de todas as pessoas, oportunidades pra todos [...] Haja vista a locomoção das pessoas. Os passeios estão sempre com alguma dificuldade, calçamento direito, não tem como atravessar. Se os novos tem dificuldades, imagina o idoso? Tem muita coisa que poderia ser feita e não há preocupação com isso, o atendimento básico mesmo." (E 10)*

*"Em relação à segurança dos idosos no trânsito a COMSET tem possibilidade de fazer isso.[...] e essa entrevista veio muito a propósito e eu vou levar esse assunto pra próxima reunião da COMSET pra gente colocar como prioridade para o ano de 2010 uma ação mais eficaz em relação ao idoso. Precisamos trabalhar isso, modificar muita coisa nesse sentido porque não falte quem apóie. Da iniciativa privada, principalmente, tenho certeza. Nós vamos encontrar um apoio imenso da iniciativa privada a respeito dessa questão, da segurança dos idosos no trânsito." (E 11)*

*"Basta que se valorize o idoso como ser humano e que se propague que ele é um pessoa útil. No momento que ele se conscientiza que é um idoso, como todos vamos ser, e que preconceito é uma desgraça total, a reintegração dele ao meio faz com que ele volte a ser produtivo. Não produtivo pegando peso, empurrando carro. Produtivo numa das coisas que mais o Brasil está*

*carente que é cultura, por mais simples que seja o idoso é um homem culto é um homem que pode passar cultura pra muita gente. Seja contando casos, já é uma propagação de cultura para o ser humano [...] nossos governos de um modo geral não dão bola para isso, fingem que dão, precisa parecer que dá, precisa parecer na mídia que ta dando, mas no duro, não dão, com raríssimas exceções[...].” (E 13)*

*“Tem sido uma tentativa nossa de fazer o melhor, fazer com muita responsabilidade, mas o que sinto é que o crescimento ainda ta precário. A questão do idoso ta engatinhando no nosso país, eu não vejo essa situação como uma situação nossa, do nosso município, não é isso. Eu vejo isso uma situação cultural mesmo, do nosso país[...]as pessoas não estão voltadas prá questão da inclusão, do sofrimento[...] quais são as escolas que realmente trabalham com inclusão? Então, é muito fácil falar, a gente sabe, conhece, entende, mas a gente faz? São poucas as escolas ainda preocupadas com isso[...].” (E 10)*

*“[...] Esse processo de reconhecimento da PNI, de valorizar, de priorizar o idoso numa agenda local ta meio distante, ainda tem muito o que fazer e conquistar. Eu percebo, enquanto coordenação que [...] a gente tem que fazer lembrar que o idoso existe na política pública. Um exercício de militância, permanente. A política ainda não esta sendo totalmente cumprida, ainda não é respeitada [...]” (E 07)*

Estas identificações têm correlação com as categorias analíticas e indicam possibilidades e potencialidades para que seja ampliada a efetividade em Juiz Fora, ancorando-se na defesa da sua cidade, determinada por direitos da CF/88, lutando

*“porque são tantas carências no nosso país que isso passa a ser o final da história. A velhice é o final da história, mas é o princípio também de muita coisa, e a solução pra muita coisa. Devemos estar preocupados com estar preocupados com o princípio com o meio e o fim.” (E 06)*

## CONCLUSÕES

A sistematização apresentada da conjuntura nacional, tomando-se como parâmetro temporal a CF/88 proporciona a explicitação de que na esfera dos direitos constitucionais, a fração populacional idosa tem reconhecimento de cidadania, envolvendo diversas áreas das políticas sociais públicas. Esta explicitação é importante porque entende-se que a vigência destas políticas conforme apresentado (particularizando-se a saúde, educação e assistência social) tem correlação como o processo de desenvolvimento do país, que se encontra na etapa em que o neoliberalismo está consolidado.

Mesmo com a vigência do modelo neoliberal reitera-se que idosos (o segmento populacional integrado por idosos de setores populares, merece atenção especial porque constitui o foco de intervenção das políticas sociais) também são legitimados como cidadãos portadores de direitos de proteção social. Desta forma, como usuários de programas, projetos e benefícios sociais é preciso entender que precisam se manter integrados às lutas por reivindicações para que ocorra o cumprimento das determinações legais, que estão se tornando cada vez mais restritas devido a redução dos recursos, focalização e fragmentação destas políticas.

Esta intencionalidade política e econômica de criar e implementar política social, em inteira consonância com as propostas de redução do Estado, dos gastos públicos, se contrapõe as tendências universalistas da política; promove pulverizações das ações; superposição de programas, projetos setorializados, fragmentados e limitados à resolução de problemas específicos, locais, movidos por sentimentos humanitários de solidariedade e voluntariado, que dificultam a identificação da Terceira Idade de um ponto de vista global e estrutural, e de responsabilidade pública.

Defende-se então, que as determinações constitucionais passam a ter representação segmentada também para os idosos, conforme suas condições sócio-econômicas, acarretando contradições sobre a dimensão de universalidade dos direitos individuais e coletivos. Esta ponderação é importante porque possibilita também defender que idosos dos setores populares, especialmente os que encontram-se em situação de vulnerabilidade social, precisam, para manter e conservar a continuidade da suas existências dos serviços e recursos públicos, posto que além do acesso, vivem em situação de carência sócio-econômica e cultural.

A conquista destes direitos implica na criação, implementação, acompanhamento, avaliação e controle social das políticas sociais públicas, por meio de instâncias governativas

e de conselhos de direitos. Entre estes o foco deste estudo recaiu na PNI e nas possibilidades de articulação com as que foram mencionadas.

Esta determinação legal implementada também em Juiz de Fora tem um percurso que com este estudo, se revela como tortuoso e complexo desde a sua criação, uma vez que se associa a uma ordenação administrativa do aparato municipal que denota a fragmentação dos seus propósitos e das suas possibilidades.

A posição assumida por gestores municipais, em termos de não priorizar o idoso como uma área específica nas políticas mencionadas fragiliza ainda mais a implementação da PNI. Entende-se que são representantes em cada esfera de governo, designados para o desenvolvimento das funções do executivo que traduzem as finalidades e metas destas políticas. Para tanto, compreende-se que o desempenho destas funções implica na concepção de que devem atuar em dois sentidos bastante imbricados: o político e o técnico. No âmbito político, a atuação dos gestores deve ser norteada pela concepção das políticas sociais como direitos de cidadania.

Esta concepção demanda a defesa do interesse público e a adoção de uma prática democrática, na qual se expressa a sua interação com outros sujeitos políticos do jogo democrático, como: outros representantes do poder executivo; poderes legislativo e judiciário; entidades corporativas e da sociedade civil. E quanto à atuação técnica destaca-se que não pode ser dissociada da atuação política e se consubstancia através do exercício das funções gestoras nas políticas sociais. Estas funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários à implementação de políticas e medidas coerentes com os princípios da PNI especialmente no que se refere à gestão pública.

Com estas ponderações compete aos gestores municipais delinear prioridades para cada mandato e, nas políticas sociais precisam compreender as interconexões da PNI, que demandam a correlação entre decisões políticas e técnicas. Este é o desafio.

## BIBLIOGRAFIA

ALVES, D. M. V. Conselho Municipal de Educação de Juiz de Fora: Democratização, Participação e Autonomia. (Dissertação de Mestrado) Juiz de Fora: UFJF/Fac. Educação, 2005.

AMOROSO LIMA, Ana Maria C. **Administração Pública Brasileira e o Sistema Universitário Federal: A Ética Deformada do Patrimônio.** (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Serviço Social, 2006.

ANTUNES, Ricardo. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: **A Cidadania negada: políticas de exclusão na educação e no trabalho.** Pablo Gentili e Gaudêncio Frigotto (orgs.). São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **Os Sentidos do Trabalho.** 2a ed. São Paulo: Bomtempo Editora, 2000.

ARBEX, Sanda H. **Procura de Sentidos da Integralidade na Área da Saúde do Idoso de Juiz de Fora: Encontro com Potencialidades.** (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Serviço Social, 2006.

ATHAYDE, Eliana. O Controle Social das Políticas Públicas - instâncias de articulação e mecanismos de pressão social na perspectiva do sistema de Garantia de Direitos. In: GARCIA; LANDIM; DAHMER (orgs). **Sociedade e Políticas: novos debates entre Ongs e universidades.** Rio de Janeiro: Revan, 2003. p.173-178.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Investigação qualitativa em educação. Porto: Porto Editora, 1982.

BHERING, Elaine. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BOBBIO, Norberto. **Dicionário de Política.** 7. ed. Brasília: UnB, v. 2, 1995.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine R. Seguridade Social no Brasil e perspectivas do governo Lula. In.: **Universidade e Sociedade.** Distrito Federal, ano XIII. n° 30, junho de 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei n° 8080. Lei Orgânica da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.742, de 07 de dezembro de 2003. **Lei Orgânica de Assistência Social.** Brasília, DF: Senado, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Estado de Assistência Social. **Sistema Descentralizado e Participativo da Assistência Social.** Brasília: SEAS, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004.** Brasília: SNAS, 2004.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica** do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, nov. 2005.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.742, de 07 de dezembro de 2003. **Lei Orgânica de Assistência Social.** Brasília, DF: Senado, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Estado de Assistência Social. **Sistema Descentralizado e Participativo da Assistência Social.** Brasília: SEAS, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. **Norma Operacional Básica da Assistência Social**: disciplina a descentralização político-administrativa da Assistência Social, o financiamento e a relação entre os três níveis de governo. Brasília: MPAS, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Brasília: SNAS, 2004.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica** do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, nov. 2005.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Ministério da administração e da Reforma do Estado, Brasília, 1995.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.842. Organização da Assistência Social**. Brasília: MPAS, 1993.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.257. Estatuto da Cidade**. Brasília: Ministério das Cidades, 2001.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.842. Política Nacional do Idoso**. Brasília: Senado Federal, 1994.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 1.948. Regulamenta a Política Nacional do Idoso**. Brasília: Senado Federal, 1996.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/96**: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. **Saúde em Família**: uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997

\_\_\_\_\_. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996, 1997 e 1999.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1395. Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília: Senado Federal, 1999.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Publicações sobre situação populacional no Brasil**. 2000 e 2001

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 249. Centro de Referência de Saúde do Idoso**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Censo 2000**. Brasília: IBGE, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 249. Centro de Referência de Saúde do Idoso**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.141. 2003.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. (Textos para Discussão, 858). Brasília: IPEA, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia, *et al.* **Idosos Brasileiros**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

CAMARGO Jr., K. R., VERAS, R. P. Idosos e universidade: parceria para a qualidade de vida. In: VERAS, R.P. (org.). **Terceira Idade**: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Dumará, 1995.

CAMARGO Jr., K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO R, MATTOS, RA (orgs.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003.



- CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2), 2003.
- CARVALHO, Maria do Carmo A. A.; TEIXEIRA, Ana Claudia C. (org.). **Conselhos Gestores de Políticas Públicas**. São Paulo: Polis, 2000.
- CARNEIRO, Ricardo. **Ruptura ou Capitulação: para onde caminha o governo Lula?** Campinas, SP: UNICAMP, 2005.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rio de Janeiro: **Revista Saúde Pública**, n.º 2, abr. 1997.
- CORTES, Soraya M. Vargas. **Arcabouço Histórico-Institucional e a Conformação de Conselhos Municipais de Políticas Públicas**. **Educar**, n. 25, p. 143-174. Curitiba: UFPR, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Conselhos Municipais de Políticas Públicas da Região Metropolitana de Porto Alegre**. Porto Alegre: FAPERGS, 2006.
- COSTA, Eliane Romeiro. O estatuto do idoso no sistema de proteção social. **Revista de Previdência Social da LTR**. São Paulo, n.284, jul./2004.
- COSTA NETO, M. M. da; SILVESTRE, J. A. **Atenção à Saúde do Idoso: instabilidade postural e queda**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 1999.
- DEBERT, Guita G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Edusp, 1999.
- \_\_\_\_\_. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In MORAES, Myriam, BARROS, Lins de (orgs.). **Velhice ou terceira idade?** 3 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003.
- DINIZ, E. **Crise, Reforma do Estado e Governabilidade**. São Paulo: FGV, 1997.
- DEBERT, Guita G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Edusp, 1999.
- \_\_\_\_\_. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In MORAES, Myriam, BARROS, Lins de (orgs.). **Velhice ou terceira idade?** 3 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003.
- DONISETE, Denise A. **Conselho Municipal de Assistência Social de Juiz de Fora: Trajetória Híbrida, Impactos Ideo-Políticos**. (Dissertação de Mestrado). Juiz de Fora: UFJF/Faculdade de Serviço Social, 2007
- DRAIBE, Sônia. As políticas sociais na década de 90. In: BAUMANN, Renato (org.). **Brasil: uma década em transição**. Cepal: Campus, 2001.
- DRAIBE, S. M.; CASTRO, M. H. G.; AZEVEDO, B. **O sistema de proteção social no Brasil**. Campinas: Nepp, set. 2001.
- DURIGUETTO, Maria Lúcia. Sociedade civil, esfera pública, terceiro setor: a dança dos conceitos. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.º 81, ano XVII, Abril de 2005. p. 83 – 101.
- FONSECA C. Quando Cada Caso NÃO é Um Caso: Pesquisa Etnográfica e Educação. In: **Revista Brasileira de Educação**. 1999; n.10: p.58-78.
- GODOY, A. S. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. In: **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo: v.35, n.2, p. 57-63, abril 1995.

GOLDMAN, Sara Nigri. **Universidade para terceira idade: uma lição de cidadania**. Olinda: Elógica, 2003.

\_\_\_\_\_. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. PY, Ligia, PACHECO, Jaime Lisandro, SÁ, Jeanete Liasch Martins de, GOLDMAN, Sara Nigri (orgs.). **Tempo de envelhecer: percurso e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Nau, 2004.

GORDILHO, A.; NASCIMENTO, J. S.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R. & KARSCH, U. **Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso**. Rio de Janeiro: UERJ-UNATI, 2000.

GUENA. Renata Mallet. **Políticas públicas de Saúde no Governo Lula: a Lógica da Saúde Mínima**. PSTU, 16.06.2008.

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capitalfinanceiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008.

JIMÉNEZ, M. *et. al.*: Medicion de la autonomia em el anciano: avaliacion multidimensional. **Revista Cubana Salud Publica**, 19(2) p. 86-92, 1993.

JUIZ DE FORA. **Projeto Carinhoso**. Associação Municipal de Apoio Comunitário - AMAC. Juiz de Fora: AMAC, s.d.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde (1989, 1998, 2000, 2002)**. Juiz de Fora: SMS, 1989, 1998, 2000, 2002.

\_\_\_\_\_. **Planos e Relatórios de Atividades da SMS**. Juiz de Fora: SMS/Prefeitura de Juiz de Fora, a partir de 1997.

\_\_\_\_\_. DSTI. **Planos de Metas, Diagnóstico, Planos e Relatórios de Trabalho**. Juiz de Fora: SMS, 1997 a 2006.

\_\_\_\_\_. **Reforma Administrativa**. Juiz de Fora: Prefeitura de Juiz de Fora, 2000.

\_\_\_\_\_. Universidade Federal. **Polo Interdisciplinar de Envelhecimento**. Juiz de Fora: UFJF, 2006.

\_\_\_\_\_. Associação Municipal de Apoio Comunitário - AMAC. Planos e Relatórios de Atividades (2000-2010).. Juiz de Fora: AMAC: 2000-2010.

\_\_\_\_\_. Orçamento Municipal. Juiz de Fora: Prefeitura Municipal, 2010.

LESBAUPIN, Ivo (Org.). **O desmonte da nação: Balanço do Governo FHC**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

LIMA-COSTA, M., VERAS, R. P. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, 19, n°.3, 2003.

LOPES, A. **Os Desafios da Gerontologia no Brasil**. Campinas, São Paulo: Alínea, 2000.

LUDKE M.; ANDRÈ, M. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU/USP 1986.

MARTINS, Aline C. **Conselhos de Direitos: Democracia e Participação Popular**. In: SALES, Mione A.; MATOS, Maurílio C.; LEAL, Maria C. (org.). **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez.

- MARTINS, Gilberto A. Metodologias Convencionais e Não-Convencionais e a Pesquisa em Administração. **Caderno de Pesquisas em Administração** - PPGA/FEA/USP, n. 1, p. 2 – 6. 2001.
- MARTUSCELLI, Danilo Enrico. **A Crise do Governo Collor e a Tática do PT**. (Dissertação de Mestrado). Campinas: Unicamp/IFCH/.2005.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MONTÃO, Carlos. **Terceiro Setor e Questão Social**. São Paulo: Cortez, 2003.
- MOREIRA, M.Q. **Terceira Idade: estratégia capitalista à velhice**. Juiz de Fora: FSS/UFJF, 2006.
- NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a Sociedade Civil**. São Paulo: Cortez, 2004.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Relatório da Iª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento**, da ONU. Viena: ONU, 1982.
- \_\_\_\_\_. **Relatório da IIª Assembléia Mundial do Envelhecimento**. Madri: ONU, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento – PIAE**, OMS, 2005.
- OPAS / OMS (Representação do Brasil). **A Saúde no Brasil**. Brasília: OPS,1998.
- PAIM, J.. Políticas de saúde no Brasil ou recusando o *apartheid* sanitário. **Ciência e Saúde Coletiva**, 1:18-20, 1996.
- PAZ, Serafim Fortes (org.). **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia? Espelho... espelho meu: imagens que provocam o imaginário social sobre a velhice e o idoso**. Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/Seção Rio de Janeiro, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Dramas, Cenas e Tramas, a Situação de Fóruns e Conselhos do Idoso no Rio de Janeiro**.(Tese Doutorado).Campinas: UNICAMP, 2001
- PEREIRA DE QUEIROZ, M.I. **Variações Sobre a Técnica de Gravador no Registro da Informação Viva**. São Paulo: CERU e FFLCH/USP, 1983.
- PEREIRA, P. A P. (org). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.
- \_\_\_\_\_. A Assistência Social na Perspectiva do Direito. **Crítica aos Padrões Dominantes de Proteção aos Pobres no Brasil**. Brasília: Ed. Thesaurus, 1996.
- PEREIRA, Potyara A. Pereira. **Formação em Serviço Social, Política Social e o Fenômeno do Envelhecimento**. Palestra proferida no Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil, realizado nos dias 11 e 12 de maio de 2005, MEC – SESU/CAPES.Brásília, 12.05.2005. Disponível: ([http://portal.mec.gov.br/sesu/index\\_hp?option=content&task=view&id=594](http://portal.mec.gov.br/sesu/index_hp?option=content&task=view&id=594)) Acesso: 22.05.2010.
- PRETAS, James. **Os Fundamentos do Neoliberalismo**. In: RAMPINELLI,W.J.e OURIQUES,N.D. (ORGS.).*No fio da navalha*. São Paulo,Xamã, 1997.
- RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**.São Paulo: Cortez, 2000.
- RICHARDSON, R. (coord.) *et al.* Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas, 1985.
- ROJAS COUTO, Berenice. **O Direito e a Assistência na Sociedade Brasileira: uma Equação Possível?** São Paulo: Cortez, 2004.
- SILVESTRE, Jorge Alexandre, COSTA NETO, Milton Menezes da. **Abordagem do idoso em programas de saúde da família**. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.19, n°.3, Rio de Janeiro, jun. 2003.

SARMENTO, Diva C.. **Autonomia Municipal**: Criação dos Sistemas Municipais de Ensino. Relatório de Pesquisa Encaminhado à FAPEMIG. Juiz de Fora, UFJF, 2003.

SIMIONATTO, Ivete. Estado, Sociedade civil e espaços públicos: uma análise do Plano Plurianual – 2004-2007. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.º 88, Ano XXVII, p. 11 - 40, Novembro de 2006.

SOARES, Laura Tavares. **Ajuste Neoliberal e Desajuste Social da América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOUSA, Rosângela M. Sobrinho. Controle Social em Saúde e Cidadania. **Revista Serviço Social e Sociedade**. 2001.

SOUZA, J. A **Construção Social da Subcidadania**: Para Uma Sociologia Política da Modernidade Periférica. Belo Horizonte: IUPERJ-UFMG, 2003.

SOUZA, E. C. L. de. **A capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais**. Rio de Janeiro: RAP, v. 36, n.1, 2002.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. Conselhos de Políticas Públicas: Efetivamente uma nova institucionalidade participativa. In: CARVALHO, Maria do Carmo A. A.; TEIXEIRA, Ana Claudia C. (org.). **Conselhos Gestores de Políticas Públicas**. São Paulo: Polis, 2000a

TEIXEIRA, Solange M. **Envelhecimento do Trabalhador no Tempo do Capital**. Problemática social e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira contemporânea. (Tese de doutorado). São Luís: UFMA/PPGPP, 2006.

YASBEK, M.C. As ambigüidades da Assistência Social Brasileira após 10 anos de LOAS . **Revista Serviço Social e Sociedade**, ano XXV, n.º 77, p. 11-29, mar. 2004.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.