

Narrativas de adoecimento, vulnerabilidade e dependência: atuação política e reivindicação de políticas públicas para idosos

Monalisa Dias de Siqueira*

Resumo

O trabalho se propõe a refletir sobre as formas de atuação política de idosos a partir de narrativas que expressam condições potencialmente constitutivas do grupo como adoecimento, vulnerabilidade e dependência. Trata-se mais particularmente da análise de dados etnográficos registrados durante o trabalho de campo realizado em Conferências do Idoso e em consulta aos Procedimentos Administrativos referentes ao direito à saúde e assistência, na Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. Tendo em vista o contexto pós-Estatuto do Idoso e Política Nacional do Idoso, importa discutir como as narrativas de vulnerabilidade, adoecimento e sofrimento de idosos na relação com as instituições, bem como as narrativas das assistentes sociais que embasam, no âmbito jurídico, as ações a favor de idosos considerados dependentes, produzem sujeitos de direitos que reivindicam políticas públicas e uma determinada forma de atuação política.

Palavras-chave

Envelhecimento. Saúde. Políticas públicas.

Abstract

The paper proposes ways to reflect on the political activities of elderly from narratives that express conditions potentially constitutive of the group as illness, vulnerability and dependence. The paper focuses on the analysis of data recorded during ethnographic fieldwork in Conferences Aging and consultation with the Administrative Procedures regarding the right to health care, the Prosecutor's Office of the Human Rights of Porto Alegre (Rio Grande do Sul). Given the context after the Statute of the Elderly and the National Policy for the Elderly, important to discuss how narratives of vulnerability, illness and suffering of elderly in relation to institutions, as well as the narratives of social workers that underlie within legal actions on

* Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre/Brasil). E-mail: monalisadias@gmail.com.

behalf of those still dependent, produce subjects who claim rights policies and a certain form of political action.

Keywords

Aging. Health. Public policy.

Introdução

O presente trabalho visa refletir sobre as formas de atuação política de idosos a partir (1) das narrativas de vulnerabilidade, adoecimento e sofrimento de idosos na relação com as políticas públicas e (2) das narrativas das assistentes sociais que embasam, no âmbito jurídico, as ações a favor de idosos “dependentes”. O objetivo é discutir como as narrativas que expressam condições potencialmente constitutivas do grupo, por exemplo, “vulnerabilidade” e “dependência”, produzem uma determinada forma de atuação política e sujeitos que reivindicam direitos.

Para tanto, apresento a análise de dados etnográficos registrados durante o trabalho de campo realizado na Conferência Municipal do Idoso de Porto Alegre, em 2011, e em consulta aos Procedimentos Administrativos referentes ao direito à saúde e assistência social, na Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre (PJDDH) do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul (MP).

Para discutir a produção desses sujeitos idosos e as formas como eles atuam politicamente e criam espaços de fala e reivindicação, torna-se importante contextualizar brevemente a questão dos Direitos Humanos e das políticas públicas para o envelhecimento no país.

No Brasil, as políticas para os idosos ligavam-se basicamente às questões de trabalho, previdência e assistência (HADDAD, 1986; SIMÕES, 2007). Porém, algumas mudanças foram acontecendo por influência do debate internacional sobre os Direitos Humanos. O Brasil, Estado membro da ONU, se tornou signatário do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de 1982¹

¹ A Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorreu em 1982, em Viena. Esta assembleia foi considerada o marco para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa, sendo o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento e que resultou na aprovação do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento.

e passou a incorporar, de forma mais assertiva, o tema do envelhecimento e dos direitos dos idosos na sua agenda política.

A inserção das questões referentes ao envelhecimento no contexto internacional dos Direitos Humanos traz como princípio básico a participação dos idosos em todos os âmbitos da vida social. De acordo com Camarano & Pasinato (2004), ao contextualizarem a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena, afirmam que

(...) percebia-se a necessidade da ‘construção’ e, principalmente, do reconhecimento de um novo ator social – o idoso – com todas as suas necessidades e especificidades. Parte das recomendações visava promover a independência do idoso, dotá-lo de meios físicos ou financeiros para a sua autonomia (CAMARANO & PASINATO, 2004:255).

Os objetivos das políticas nacionais, seguindo tais diretrizes, visam assegurar os direitos sociais e da cidadania dos idosos prevendo a sua participação na organização e gestão de políticas públicas. Nesta perspectiva, surgem os Conselhos de direitos que tem como objetivos discutir as políticas públicas, possibilitar o exercício da cidadania e o combate à discriminação. Um dos mecanismos para tais ações promovidos pelos conselhos são as Conferências de direitos que tem como principal característica reunir representantes do Estado e da sociedade civil para debater os desafios e estabelecer as prioridades para as políticas públicas que irão fazer parte das experiências cotidianas dos idosos.

Observa-se que os idosos estão cada vez mais presentes em tais espaços de discussão. Porém, cabe discutir como está sendo construída atualmente a participação desses sujeitos de direito nos espaços deliberativos das políticas públicas, bem como pensar em que medida as experiências narradas pelos idosos fazem parte também de uma ação política.

Para a problematização de tais questões no artigo, apresento episódios observados durante o trabalho de campo realizado na Conferência Municipal do Idoso de Porto Alegre, em abril de 2011, discutindo as narrativas de adoecimento e sofrimento dos idosos que participaram desses fóruns, o modelo organizacional das conferências e as relações entre os mediadores e os idosos, no intuito de compreender alguns aspectos de como se dá a participação política desses últimos. Chamo atenção para o conceito de “participação” que faz parte do modo de envelhecer positivado pelas políticas públicas. Lembrando que outras experiências e modos de envelhecer

continuam a coexistir e, ao mesmo tempo em que o “envelhecimento ativo”² inclui e traz visibilidade para alguns idosos, acaba excluindo e deixando invisível outra parcela dessa população que, por sua vez, é reiterada nas narrativas.

Além das narrativas de idosos, trago ainda as narrativas de agentes relevantes no contexto de reivindicação de políticas públicas para idosos em Porto Alegre: as assistentes sociais. Mais especificamente, as assistentes sociais que atuam na elaboração de “avaliações sociais” ou “estudos sociais” e acompanhamento de Procedimentos Administrativos referentes ao direito à saúde e assistência social de idosos, na Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul.

A PJDDH recebe denúncias e notificações de situações de abandono, negligência, violência e “risco social” envolvendo idosos. As assistentes sociais são as profissionais responsáveis pelo acompanhamento direto dos casos através de contatos telefônicos, correspondências eletrônicas, entrevistas com os idosos, familiares, cuidadores, vizinhos, profissionais de saúde e demais pessoas ligadas ao idoso em questão, além de visitas domiciliares e/ou hospitalares desde a abertura do Procedimento Administrativo até o seu arquivamento.

A partir de tais informações são elaborados as “avaliações sociais”, onde constam descrições detalhadas sobre as conversas, as entrevistas, as visitas e, por vezes, imagens fotográficas de idosos e suas residências. As narrativas trazem uma espécie de histórico do idoso referente às suas relações familiares e de vizinhança, questões de saúde (incluindo prontuários, laudos e receituário

² A Política de saúde intitulada “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde”, baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2005). O envelhecimento ativo direciona-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e refere-se a um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, possibilitando, assim, “(...) que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países” (WHO, 2005:13).

médico), a situação de risco, vulnerabilidade e dependência em que o idoso se encontra, bem como prescrições morais e encaminhamentos para que seja solucionado o caso. O parecer do Serviço Social será repassado para o(a) Promotor(a) de Justiça que, em geral, solicita providências, em primeiro lugar, da família e, posteriormente, das instituições governamentais.

A partir das experiências de idosos e como elas são narradas é possível discutir questões sobre o potencial político das narrativas de vulnerabilidade e as formas de atuação política do grupo. De forma um pouco diferente, mas relevante para a presente reflexão, é a discussão de Sarti (2009) ao problematizar a “produção da vítima” no atendimento a casos de violência. A autora chama atenção para o momento em que a violência ganha visibilidade, torna-se um problema social no Brasil e entra para o campo da saúde. Essa transformação ocorre a partir dos anos 80 no âmbito das lutas sociais por direitos empreendidas pelos movimentos sociais de cunho identitário.

Sarti apresenta, inicialmente, os movimentos ligados às mulheres e homossexuais e, em seguida, aponta para a luta pelos direitos dos idosos, da criança e do adolescente. A violência, no discurso médico, delimita-se pela identificação de alguma fragilidade na figura da vítima e pelo reconhecimento de uma característica constitutiva de uma identidade como, por exemplo, a “vulnerabilidade”, presente em determinados grupos sociais, recortados por gênero e idade como as mulheres, crianças e idosos. Ao se estabelecer grupos populacionais específicos ou “patologias” específicas com base na noção de “risco” a que estão expostos, e diante dos recursos limitados na área da saúde, se prioriza o atendimento a determinadas políticas de saúde. Diante de tal contexto que fundamenta a própria organização da atenção à saúde, não se pode deixar de problematizar a lógica social e política que preside a definição das ações em saúde.

O que pretendo aludir, a partir da reflexão de Sarti, é que assim como no caso da atenção à violência, outras políticas de saúde são organizadas com base em identificações prévias (de vítimas, de vulneráveis) e, nesse sentido, contribuem simultaneamente para visibilizar e invisibilizar sujeitos. Nessa perspectiva, torna-se possível também perceber construções sociais e políticas distintas dentro da categoria “idoso” e o potencial político da uma identificação como, por exemplo, “vulnerável” para legitimar as reivindicações políticas deste grupo específico.

Os Conselhos de Direitos dos Idosos e as Conferências de Direitos dos Idosos

Tendo em vista a inserção das questões referentes ao envelhecimento no contexto internacional dos Direitos Humanos que traz como princípio básico a participação dos idosos em todos os âmbitos da vida social, bem como os objetivos das políticas nacionais que visam assegurar os direitos sociais e da cidadania dos idosos prevendo a sua participação na organização e gestão de políticas públicas³, retomo os questionamentos iniciais: como discutir atualmente a participação das pessoas com mais de 60 anos na esfera pública brasileira? Quais os espaços coletivos constituídos para a mobilização e a participação desse grupo? Quais as narrativas dos idosos junto às instituições na garantia de seus direitos e para se incluírem enquanto sujeitos nos debates das políticas públicas?

Para discutir tais questões, proponho pensar a partir dos espaços legitimados pela própria política e que agregam diferentes agentes na defesa dos direitos de grupos ou áreas específicas: os conselhos e as conferências de direitos.

A legislação federal prevê um sistema de garantias de direitos que inclui políticas para segmentos sociais mais vulneráveis. Nesta perspectiva, surgem os conselhos de direitos que tem como objetivos discutir as políticas públicas, possibilitar o exercício da cidadania e o combate à discriminação. No caso dos Conselhos de Direitos do Idoso, estes visam incentivar a participação, promover e fiscalizar as políticas públicas, orientar sobre os direitos e combater a discriminação por motivo de idade.

Os conselhos, depois de sancionados, passam a integrar a estrutura de um ministério ou secretaria que mantém o vínculo temático e funcional. A escolha dos conselheiros obedece a uma distribuição paritária entre representantes do Estado e da sociedade civil. É o regimento interno de cada conselho que estipula como será feita essa distribuição e votação dos conselheiros, bem como regulamenta toda estrutura, funcionamento e procedimentos internos, sendo que os representantes governamentais são indicados pelo

³ Ver a declaração política do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de Madri (ONU, 2003), o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), o Envelhecimento Ativo: uma política de saúde (WHO, 2005), entre outros.

executivo, enquanto que os da sociedade civil devem ser eleitos por seus pares em conferências ou fóruns convocados para tal finalidade.

Assim, a organização e a gestão das políticas públicas voltadas para um grupo social ou para uma área temática específica são de competência do órgão governamental responsável conjuntamente com a participação, quando houver, dos Conselhos nacional, estaduais, distrital e municipais⁴. Em Porto Alegre, até 2011, existiam 26 Conselhos Municipais, entre eles estão 6 Conselhos de Direitos. O Conselho Municipal do Idoso (COMUI) foi criado através da Lei Complementar 444, de 30 de março de 2000, com atribuições de caráter deliberativo, propositivo, consultivo, fiscalizador e normativo.

A gestão 2009-2011 do COMUI reúne conselheiros e conselheiras, idosos e não idosos, que representam diversas entidades ligadas a sociedade civil, as instituições asilares, a gerontologia, as associações de aposentados, aos grupos de convivência e as secretarias municipais. Esta gestão do COMUI participou de uma série de ações de fiscalização junto ao Ministério Público, prestou orientações sobre direitos aos idosos que procuraram o conselho, investiu esforços na criação do Fundo Municipal do Idoso, promoveu eventos comemorativos e organizou a Conferência Municipal do Idoso de Porto Alegre em 2011, sobre a qual me deterei mais especificamente a seguir.

As narrativas de idosas na III Conferência Municipal do Idoso

Para iluminar algumas questões levantadas ao longo do artigo com relação às narrativas dos idosos com o intuito de garantir seus próprios direitos, trago alguns episódios etnográficos registrados durante o trabalho de campo realizado na Conferência Municipal do Idoso de Porto Alegre.

Nos dias 15 e 29 de abril de 2011, na Câmara de Vereadores, o Conselho Municipal do Idoso realizou a III Conferência Municipal do Idoso, com o tema: “A intersetorialidade na garantia dos direitos da Pessoa Idosa: uma responsabilidade de todos nós”. Buscando promover a intersetorialidade tanto na organização quanto nos dias do evento, o COMUI convidou os

⁴ Sobre a organização do Conselho Municipal do Idoso, do Conselho Nacional do Idoso, e as etapas para a realização das Conferências de Direitos dos Idosos, ver Siqueira (2012).

conselheiros governamentais (representantes das secretarias municipais que tem ações direcionadas à população idosa) para participar como facilitadores ou relatores dos Grupos de Trabalho⁵ dos Eixos Temáticos que seriam discutidos nesta etapa municipal.

Quatro meses antes da Conferência, eu havia sido selecionada para realizar uma consultoria no setor de planejamento da área técnica de saúde do idoso na Secretaria Municipal de Saúde (SMS)⁶. No cotidiano de trabalho da SMS, além das demandas específicas da consultoria, recebi solicitações para participar de inúmeras reuniões dentro e fora da Secretaria, de eventos na área da saúde como, por exemplo, a Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre e o Encontro Nacional de Coordenadores da Saúde do Idoso em Brasília, e fui indicada como conselheira governamental no COMUI representando a SMS. Como conselheira fui convocada para as reuniões ordinárias e extraordinárias do COMUI, entre elas as de organização da III Conferência Municipal do Idoso e, posteriormente, fui convidada para ser facilitadora do Grupo de Trabalho de Saúde.

No dia 15 de abril, primeiro dia da Conferência, estava programado o credenciamento dos participantes, a leitura e aprovação do regimento, a solenidade de abertura e a palestra com a ministra da Secretaria de Direitos

⁵ A III Conferência Municipal do Idoso estava dividida em três eixos. Eixo 1: Saúde; Assistência Social, Trabalho e Previdência; Educação e Meio ambiente; Habitação, Transporte e Acessibilidade; Cultura, Esporte, Lazer e Turismo; Violência. Eixo 2: Participação e controle social. Eixo 3: Gestão e Financiamento.

⁶ A partir da pesquisa etnográfica iniciada em 2010 em um posto de saúde em Porto Alegre, me direcionei para as questões das políticas públicas voltadas para a população idosa. Nesse contexto, tive contato com profissionais de trabalhavam com políticas públicas de saúde e, em 2011, fui selecionada para realizar uma consultoria no setor de planejamento da área técnica de saúde do idoso da Assessoria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em Porto Alegre. A oportunidade se apresentou justamente devido ao trabalho de pesquisa do doutorado. O objetivo da Coordenação da ASSEPLA era discutir as questões relacionadas ao envelhecimento e as políticas públicas de saúde a partir de uma perspectiva multidisciplinar que incluía a Antropologia. Ao longo da realização do trabalho de consultoria aproximei-me de outras instituições que prestam serviços à população idosa como, o COMUI e o Ministério Público. Percebi que existiam conexões entre todas essas instituições e agentes. Por questões éticas não utilizei para fins de análise nenhum material ou informações advindas da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, exceto aqueles de conhecimento público, como os materiais de divulgação que são distribuídos à população ou veiculados em mídia impressa ou digital. Contudo, as Conferências do Idoso organizadas pelo COMUI e os Procedimentos Administrativos acessados diretamente no Ministério Público, com autorização de ambas as instituições, passaram a compor também o universo maior da pesquisa de doutorado.

Humanos da Presidência da República, Maria do Rosário. Também constava na programação outras duas palestras onde seriam discutidos os temas: Eixo 2 - Participação e controle social e Eixo 3 - Gestão e financiamento⁷. Para compor a mesa de abertura foram convidados os representantes da Câmara de Vereadores, das secretarias municipais, do governo do Estado e de entidades ligadas aos idosos, além da presidente do COMUI, Maria Elena Estrazulas, do prefeito de Porto Alegre, José Fortunati, e da ministra Maria do Rosário.

Vale mencionar que as menções a respeito da importância da construção de espaços e oportunidades para os idosos, bem como da tomada de consciência de que eles são sujeitos de direitos foram constantes na fala das autoridades convidadas. A ideia de “autonomia” e “participação”, no sentido que os idosos devem conhecer e comprometer-se com a garantia de seus direitos esteve presente nesse evento e nas outras Conferências de Idosos que participei. Outro aspecto relevante nesse contexto são as narrativas de reconhecimento e visibilidade do envelhecimento no país.

Pode-se observar essa ênfase, por exemplo, na fala da presidente do Conselho Municipal do Idoso durante a cerimônia de abertura. Ela iniciou sua leitura explanando sobre os idosos de Porto Alegre e as expectativas para a Conferência, finalizou agradecendo nominalmente a todos que trabalharam na realização do evento e dirigiu-se, especialmente a ministra Maria do Rosário:

Por fim, dedico meus agradecimentos à ministra Maria do Rosário dizendo que a população idosa, não só de Porto Alegre, mas desse país, esperam o mesmo empenho dedicado à criança e ao adolescente e a mulher recebido por vossa senhoria. A presidenta Dilma não poderia ter feito escolha mais acertada para este Ministério, pois ninguém representa mais a bandeira dos Direitos Humanos do que vossa excelência (registrado em áudio, em 15/04/2011).

⁷ A palestra do Eixo 2 foi realizada pelo Secretário Municipal de Coordenação Política e Governança, Cesar Busatto, e a palestra do Eixo 3 tinha como palestrante o coordenador da Unidade de Programação e Execução Orçamentária da Secretaria Municipal de Gestão e Acompanhamento, Wilson Pascal Pastorini. Contudo, devido aos atrasos de algumas autoridades e os discursos políticos prolongados por parte de todos que compunham a mesa de abertura, não foi possível cumprir completamente a programação do primeiro dia, não havendo, portanto, nem a discussão dos participantes após a palestra do Eixo 2 nem a palestra do Eixo 3.

A presidente do COMUI foi bastante aplaudida durante este trecho de sua fala. Este fato pode ser interpretado no sentido de que os idosos presentes na Conferência compartilham a opinião da presidente sobre a diferença dedicada à criança, ao adolescente e a mulher pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Ela refere-se, ao longo de sua fala, à atenção insuficiente dos Direitos Humanos nas questões relacionadas ao envelhecimento da população brasileira se comparada a outros grupos populacionais. As expectativas dos idosos, expressa pela presidente do COMUI, são

(...) que as demandas emanadas desta Conferência realmente se efetivem, não ficando apenas como um amontoado de folhas em cima de mesas dos gabinetes, que nossos governantes sejam sensíveis, traçando prioridades em cada segmento, a fim de poder amenizar as nossas ansiedades (registrado em áudio, em 15/04/2011).

Assim, partindo da comparação entre as políticas públicas dos grupos citados e da “sensibilidade” que a representante do COMUI espera dos governantes, parece-me que ao falar do “empenho dedicado à criança e ao adolescente e a mulher” está se cobrando atenção, visibilidade e investimento financeiro que continuam sendo empregados de forma diferenciada.

No segundo dia da Conferência, dia 29 de abril, a programação contava com a discussão nos Grupos de Trabalho do Eixo 1, a votação dos delegados e, em seguida, a Plenária Final que culminaria na votação das propostas levantadas em cada GT e a apresentação dos delegados que representariam o município na etapa estadual. Assim, após as saudações iniciais, os participantes dos GTs deveriam se reunir em salas separadas para discutir, levantar suas propostas, elaborar o relatório com as propostas mais votadas no grupo e eleger os delegados⁸. Ao final, todos retornariam ao Plenário para a leitura, a votação das propostas e a apresentação dos delegados.

⁸ No primeiro dia, durante o credenciamento, os participantes preencheram uma ficha com seus dados pessoais e o Grupo de Trabalho de sua preferência para discutirem no dia 29, segundo dia da conferência. De acordo com o credenciamento, 677 idosos estiveram presentes no primeiro dia e cerca de 300 retornaram no segundo dia do evento. A comissão organizadora não avaliou posteriormente os motivos que ocasionaram a falta de mais da metade dos idosos no segundo dia do evento. Em conversas informais com alguns conselheiros essa questão não apareceu como motivo de preocupação ou algo relevante a ser discutido. A avaliação e os comentários fizeram referência ao número elevado de idosos que compareceram na abertura, a presença de convidados ilustres como a ministra e o prefeito, aos aplausos após a fala da presidente do COMUI, aos delegados eleitos para a etapa estadual e as propostas aprovadas.

Chegado o momento de reunir as pessoas e formar os grupos, ao invés dos idosos saírem à procura de suas salas, a organização propôs que cada facilitador se posicionasse lado a lado em frente ao púlpito do Plenário Otávio Rocha com uma placa indicando os Grupos de Trabalho para que todos os participantes pudessem visualizar e acompanhar o facilitador até a sala correspondente. Assim, eu e os outros facilitadores nos dispomos diante dos idosos segurando as placas. Do lugar onde estávamos, tínhamos uma visão geral do Plenário. Após a palavra “saúde” ser pronunciada no microfone foi possível observar quase metade das pessoas se levantarem para, em seguida, me acompanharem à sala reservada para o GT.

Ao ocuparem os assentos, observei que o grupo contava com mais de cem pessoas e era composto exclusivamente por mulheres. Este dado é interessante para pensar o significado da saúde para esse grupo, a questão de gênero implicada nas experiências de cuidados com a saúde e a maior participação feminina nesses fóruns de discussão.

Convidei um dos funcionários da Empresa Pública de Transporte e Circulação de Porto Alegre (EPTC), que também havia sido convidado para participar dos GTs, para ser relator e, assim, ajudar na digitação das propostas levantadas durante cerca de uma hora e meia de discussão. Como facilitadora, iniciei explicando os objetivos da Conferência e a metodologia de trabalho do grupo. Deveríamos apontar as demandas e apresentar propostas que contribuíssem com a construção de políticas públicas de saúde voltadas à população idosa, buscando melhorar os serviços de saúde tanto para os idosos de Porto Alegre como também de outros municípios do estado e do país.

Desse modo, as propostas sintetizariam as questões de saúde consideradas pelos idosos como sendo prioritárias e que seriam defendidas e votadas, posteriormente, pelos delegados nas Conferências estadual e nacional. A metodologia de trabalho dos grupos consistia em um debate prévio, onde os participantes apresentariam suas propostas para cada área, o relator anotaria cada uma delas e ao final elas seriam lidas, compiladas e aprovadas pelos grupos. Em seguida, cada facilitador levaria esse relatório para ser lido e votado na Plenária Final.

Após essas explicações, começamos o debate. Muitas mulheres levantaram-se ou ergueram o braço, indicando que queriam falar. Eu, sentada sob uma mesa disposta no local mais alto da sala, com papel, caneta e microfone nas mãos, tentava organizar a ordem de inscrições das falas. As narrativas de adoecimento, bem como dúvidas e reclamações do serviço público de

saúde foram levantadas por mais de vinte mulheres e se repetiram por cerca de uma hora, ou seja, o tempo máximo que dispúnhamos para essa etapa do trabalho. Apresento alguns trechos das narrativas das participantes que registrei no diário de campo:

"Faz três meses que eu estou com uma dor nesse braço aqui, fui no posto e disseram que eu tinha que ir no hospital pra fazer o exame, daí demorou mais de mês pra mim fazer o exame e depois tinha que voltar no posto pra mostrar pro médico... acho que demora demais pra conseguir uma consulta, tem que chegar de madrugada no posto, ficar na fila e não tem muitos médicos".

"Eu estou esperando para fazer uma cirurgia há mais de dois anos, eu sinto muita dor... já fui em tudo quanto é hospital, fui nuns quantos médicos, tu não sabe direito aonde tem que ir, eu queria saber com quem é que eu falo".

"Dizem que o idoso é pra ter prioridade no atendimento, eu não vejo ter prioridade, porque tu fica de madrugada na fila pra pegar a ficha no posto e as vezes quando chega a tua vez não tem mais ficha e tem que voltar no outro dia".

"Era para ter mais médicos, não tem cardiologista, oftalmologista, ortopedista, geriatra... em todo posto era pra ter um geriatra".

"Demora demais pra sair o resultado dos exames, tu fica sentindo dor e tem que esperar o exame pra levar de novo no posto e tem que pegar outra ficha, disseram que tinha um telefone pra ligar e marcar, mas não funciona, eu já tentei, mas não funciona... eu fui lá de novo e fui muito mal atendida, é um desrespeito com os velhos".

Percebe-se que as falas das mulheres expressam o que elas sentiam e achavam relevante compartilhar em um espaço criado com o objetivo de ouvir o que os próprios idosos têm a dizer sobre a garantia de um direito fundamental – a saúde – e a melhoria dos serviços em Porto Alegre.

Scheper-Hughes & Lock (1987), ao problematizarem a divisão corpo/mente e a interação dos “três corpos” (corpo individual, social e político) na produção e expressão da saúde e doença, nos mostram que a “doença não é apenas um evento isolado”. Ao contrário, a doença (*sickness*) é uma forma de comunicação através da qual a natureza, a sociedade e a cultura falam simultaneamente. Assim, o “corpo individual” deve ser visto como o lugar onde verdades e contradições sociais são expostas, bem como um lugar de

resistência pessoal e social, criatividade e luta (SCHEPER-HUGHES & LOCK, 1987: 31).

Coker (2004), em seu artigo sobre as experiências dos sudaneses do sul refugiados no Cairo em relação aos profissionais de saúde e as narrativas de doenças, mostra que a dor que os refugiados narram reflete mais que uma doença, mas uma sensação de ruptura social e desamparo em uma cultura estrangeira. A equipe médica percebia muitas queixas físicas e a ausência de disfunções orgânicas observáveis. Os participantes da clínica, quando convidados a "descrever seus sintomas," falavam situando os sintomas dentro do contexto social que os produziu.

Tendo em vista as diferenciações entre os sujeitos de pesquisa e os contextos sociais, busco aproximar-me das reflexões das autoras no sentido de compreender as narrativas de adoecimento e reivindicação a partir do contexto social mais amplo onde essas experiências são vividas.

Nesse sentido, reivindicar o direito à saúde para aquelas idosas estava diretamente ligado a falar da experiência de "dor nesse braço", da demora "pra sair o resultado dos exames" enquanto "tu fica sentindo dor", da espera de "mais de dois anos" por uma cirurgia, das filas durante a madrugada e da incerteza de conseguir "pegar a ficha no posto", da falta de informação e, conseqüentemente, das idas e vindas entre o posto e o hospital por não saber "direito aonde tem que ir", ser "mal atendida" e sentir o "desrespeito com os velhos".

Para as participantes da Conferência aquele era o espaço para falar de suas dores e doenças, tirar dúvidas ou fazer reclamações a partir de suas experiências de adoecimento e de usuárias do serviço público de saúde e, ao falar sobre isso, expressavam como é adoecer e envelhecer para uma determinada parcela da população, como elas são vistas e tratadas em nossa sociedade.

Estar atenta ao caráter inextricável dos níveis individual e social possibilita observar as dissociações nos desdobramentos do episódio da Conferência descrito acima. Tendo em vista o relatório de propostas prioritárias que precisava ser escrito e levado para votação na Plenária Final, nenhuma daquelas falas seria considerada efetivamente como uma proposta, pois, da forma como estavam sendo colocadas tratava-se de experiências aparentemente individuais, apesar de se mostrarem recorrentes e compartilhadas através do balançar afirmativo das cabeças que se observava entre as participantes do grupo. Poderia, ainda, configurar-se como meras reclamações, desconhecimento sobre os fluxos de atendimento do SUS e

falta de informações a respeito das ações que a SMS vinha realizando ou que realizaria em curto prazo.

Tais preocupações foram surgindo na medida em que eu ouvia as idosas e tornaram-se evidentes, a meu ver, quando uma funcionária da SMS pediu para sentar-se comigo à mesa com o intuito de ajudar na condução da discussão e, em seguida, começou a responder e “esclarecer” as reivindicações. Em sua fala institucional, a funcionária remeteu-se a aprovação do IMESF⁹ e ao seu objetivo de fortalecer a Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre com a contratação de médicos e a ampliação dos serviços, diminuindo, assim, o tempo de espera dos exames e as filas nos postos, explicou como funcionavam os fluxos na Rede de Atenção Básica, Especializada e de Alta Complexidade, anunciou que a Secretaria já havia iniciado o projeto de informatização da Rede, bem como mencionou outras ações que contribuiriam para a melhoria do atendimento.

Após os relatos, os questionamentos e as explicações chegou o momento final do Grupo de Trabalho. O relator do grupo esforçava-se para reunir as “frases soltas” que conseguiu transcrever no computador ao longo da discussão e todos juntos, no curto tempo que nos restava, tínhamos a tarefa de elaborar o relatório, ou seja, uma lista de propostas prioritárias. Diante do contexto etnográfico, compete questionar: como transformar as narrativas de idosas de diferentes partes da cidade que mostravam de forma inseparável os níveis individual e social de suas vidas em uma lista de demandas?

Victoria (2011), em seu artigo intitulado “Sofrimento Social e a Corporificação do Mundo: Contribuições a partir da Antropologia”, referindo-se a Kleinman (1991), discute as três faces do sofrimento social que são: as apropriações autorizadas ou contestadas do sofrimento coletivo; a medicalização da vida; e o sofrimento na relação com as políticas públicas. A autora apresenta o caso etnográfico de indígenas que vivem no Rio Grande do Sul e chama atenção para a diferença entre o reconhecimento de um “problema de saúde” e de um “processo de sofrimento social”, sendo

⁹ Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família, fundação pública de direito privado voltada à gestão e à execução de serviços de atenção básica em saúde. O polêmico projeto do instituto foi aprovado pela Câmara Municipal de Porto Alegre em fevereiro de 2012. O instituto é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e presidido por um funcionário da Secretaria, mas o órgão tem autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira.

esse último caracterizado pela indissociabilidade das dimensões físicas, psicológicas, morais e sociais do mal estar.

A partir da perspectiva teórica do “sofrimento social” (Kleinman *et al.*, 1997), que propõe colapsar dicotomias tais como o “nível social do individual de análise”, os “problemas de saúde dos problemas sociais”, “a representação da experiência” e “o sofrimento da intervenção”, a autora discute como as reivindicações de indígenas numa reunião com agentes institucionais que a princípio interconectavam vários elementos que diziam respeito ao preconceito, a exclusão social, política e econômica ao longo de um tempo histórico perderam o sentido quando o técnico da instituição pede para que eles elaborem uma lista com as demandas de cada comunidade.

O sofrimento social dos indígenas tem sido, com frequência, reduzido a uma lista de ausências que são transformadas em simples demandas. Assim, na comunidade “A”, supostamente, falta um posto de saúde no local, um agente indígena de saúde, um carro para o transporte de doentes e uma caixa d’água; na comunidade “B” falta um agente indígena de saúde e um agente sanitário, medicamentos e um táxi para o transporte de doentes. E assim por diante, os elementos, que interconectados falavam sobre um sofrimento social e davam sentido à verdadeira demanda política dos indígenas por uma vida mais digna para si e seus descendentes, se esfacelaram e perderam o sentido (VICTORA, 2011: 8).

Apesar das diferenças entre o contexto indígena e dos idosos de Porto Alegre, é possível perceber as semelhanças nas relações entre os grupos e as instituições. Em ambos os casos, vê-se a lógica institucional operando de forma dicotômica e dissociando as dimensões físicas, psicológicas, morais e sociais que fazem parte da vida cotidiana das pessoas. Assim, ao final da reunião na sede da FUNASA foi elaborada uma lista de demandas e a autora questiona-se “sobre o poder de desmobilização e a destituição de significados que a itemização das demandas impôs sob sobre o processo político que se configurou naquela reunião” (VICTORA, 2011: 8). Ao final do GT de Saúde também foi elaborada uma lista de demandas, na qual “traduzimos” para o formato de propostas o que foi dito pelas idosas como, por exemplo: Contratar médicos geriatras, cardiologistas, oftalmologistas, ortopedistas, reumatologistas, dermatologistas, pneumologistas e demais especialidades; Garantir o atendimento prioritário dos idosos nos serviços de saúde; Melhorar a distribuição de fichas e aumentar o número de consultas nas Unidades

Básicas de Saúde; Determinar um tempo para a marcação de exames que não poderá ultrapassar 30 dias, entre outras.

Assim, após o GT, fiquei me perguntando sobre essa espécie de “tradução” feita pelas instituições e seus mediadores e se estamos realmente atentos ao que se fala, aos silêncios e, principalmente, como “nós”, antropólogos, vamos ouvir as “novas vozes”¹⁰ que estão sendo chamadas a falar no cenário da política de direitos atual.

As narrativas das assistentes sociais nos Procedimentos Administrativos

Como mencionado no início deste artigo, além das narrativas de idosos, apresento algumas narrativas de assistentes sociais que atuam na elaboração de “avaliações sociais” e acompanhamento de Procedimentos Administrativos (PAs) referentes ao direito à saúde e assistência social de idosos, na Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos de Porto Alegre (PJDDH) do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul.

Os PAs são compostos pelos dados pessoais do idoso, descrição do *fato* (a denúncia, o motivo pelo qual se instaurou o PA), avaliações das assistentes sociais (com base em entrevistas, visitas e contatos telefônicos com idosos, familiares, vizinhos, informações de outras assistentes sociais e/ou profissionais de saúde), laudos médicos e/ou psiquiátricos e ofícios de solicitação com prazo estipulado a ser cumprido. A partir da “avaliação social”, as assistentes sociais estabelecem, em primeiro lugar, um contato com a família do idoso, caso ela exista e/ou seja localizada, para que sejam tomadas as medidas cabíveis com relação aos cuidados e a responsabilização pelo idoso. Quando a família não é encontrada ou não aceita responsabilizar-se, o MP solicita que a administração municipal o faça através da institucionalização do idoso em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Após iniciar a tramitação pelas Secretarias vão se somando outros documentos aos PAs como, por exemplo, ofícios, despachos, medidas de proteção, manifestações

¹⁰ Inspiro-me no questionamento feito por Ross (2001) ao refletir sobre a criação de uma esfera pública para ouvir vozes silenciadas ao longo do tempo em face das experiências do *apartheid* na África do Sul.

e contestações (que, em geral, apresentam a impossibilidade da Secretaria em cumprir a solicitação e indicando outro órgão).

Ao tomar esse material como *objeto* de análise, chamou-me a atenção às constantes idas e vindas de ofícios às Secretarias municipais devido às respostas de impossibilidade de cumprir a solicitação do MP e as situações adversas de idosos à margem, inclusive da própria política pública. Outro aspecto importante, em especial para a discussão proposta neste artigo, são as avaliações e os pareceres construídos pelas assistentes sociais que podem ser vistos como peças-chave na construção dos PAs.

Adriana Vianna (2002), em sua tese, propõe pensar a construção dos processos judiciais a partir de três positivities: como bens administrativos em circulação, como experiências de negociação em vários níveis e como redefinidores de limites familiares ou domésticos. Ao discutir a primeira positividade, a autora fala que esta deve ser pensada em relação à distância entre o falado e o escrito, em especial se levarmos em consideração o escrito como mecanismo de controle burocrático e afirmação ou construção de autoridade. Explica que o conjunto de relatos que compõe os processos precisa ser tomado como resultado da conversão de falas e experiências de interação em depoimentos escritos e depois em peças para a produção de uma decisão administrativa ou judicial. E um dos elementos fundamentais nessa decisão ou “solução administrativa” são os estudos sociais das assistentes sociais. No caso dos Procedimentos Administrativos do MP, as “avaliações sociais”, além de buscarem produzir “soluções”, tem um papel político na luta por direitos e políticas públicas para idosos.

Nas narrativas das assistentes sociais prevalece o discurso indireto (“o vizinho disse que”, “a idosa não soube informar”), com raras exceções onde aparece a fala de um entrevistado (idoso, familiar, vizinho) citada entre aspas. Se o idoso estiver em instituição hospitalar ou asilar, as assistentes sociais, em geral, não entram em contato direto com ele. As informações sobre o estado de saúde, situação financeira, familiar, entre outras, são repassadas pelas assistentes sociais ou funcionário responsável da instituição na qual o idoso se encontra. As audiências com familiares também são agregadas às “avaliações sociais”, o termo de audiência é incluído e apresentado com o mesmo discurso indireto das entrevistas, conversas e visitas.

Contudo, isso não diminui a riqueza das narrativas para uma pesquisa etnográfica. As “avaliações sociais” são também realidades em construção, elas vão sendo montadas ao longo do tempo e as assistentes sociais tentam “traduzir” as experiências dos idosos considerados “dependentes”,

“vulneráveis”, “excluídos” e, portanto, sem possibilidade de fala em espaços como os conselhos e conferências.

Remeto-me novamente a Vianna (2002) para pensar sobre a etnografia com documentos e, em especial, as especificidades das narrativas burocráticas:

Suponho, portanto que, se o olhar para os processos exige – como qualquer outro olhar construtor de etnografias, diga-se de passagem – que se fique atento às condições de produção das narrativas com as quais se está lidando, isto não se dá pelo fato desta ser uma narrativa mais socialmente fabricada que qualquer outra. As descrições e riquezas que podem ser extraídas desse tipo de produto narrativo são similares, embora de natureza bastante diversa, das extraídas através do “trabalho de campo”, modo por excelência de construção de etnografias. Uma vez que busco nos processos não uma verdade que os transcenda, mas as suas possíveis verdades enquanto produção social, faço movimento semelhante ao de qualquer etnógrafo, mesmo que partindo de papéis, carimbos e falas traduzidas para a linguagem do depoimento judicial (VIANNA, 2002: 86-87).

Assim como a autora, busco refletir sobre o que podemos acessar através desses documentos, pensando que eles são, ao mesmo tempo, “objetos” socialmente construídos e “objetos socialmente construtores de novas realidades, de capitais de autoridade, de limites e formas de intervenção administrativa” (Vianna, 2002:88).

A seguir, apresentarei resumidamente duas “avaliações sociais”, a primeira de um idoso em situação de alta hospitalar e a outra uma denúncia referente à situação de vulnerabilidade de uma idosa e de sua filha “que sofre com problemas mentais”. Tanto no caso do idoso que chamarei de José quanto da idosa Maria (nomes fictícios) as assistentes sociais realizaram as “avaliações sociais” a partir de visitas, contatos telefônicos e entrevistas com familiares e/ou vizinhos que “não possuem condições de cuidar” e consideraram ser necessária a intervenção do MP.

José

Quando o PA foi instaurado, José estava com 61 anos. Ele é viúvo e possui renda mensal de um salário mínimo. Recebeu alta hospitalar, mas alimenta-se por sonda, tem limitações de movimentos e de fala e necessita do uso de

fraldas geriátricas. Antes da internação, José morava sozinho, não mantinha contato com familiares e recebia a ajuda de uma vizinha para as atividades domésticas. Diante o quadro clínico atual, José não pode continuar morando sozinho e necessita de cuidados de saúde e acompanhamento constante.

O MP foi acionado e as assistentes sociais iniciaram a avaliação social a partir de uma entrevista com a vizinha. Além disso, conseguiram o contato telefônico de um primo de 2º grau e da mãe do primo. A vizinha foi a primeira a ser procurada e relatou a “vida pregressa” de José. Disse que eles se conhecem desde a adolescência, descreveu as dificuldades financeiras, a amizade que tinha com o casal e o apoio que prestou ao idoso depois da viuvez. Ela gostaria que ele retornasse para a sua residência, mas que na situação atual, tendo em vista que não há previsão de melhora de saúde, não tem condições de cuidar dele e nem de contratar um cuidador. Informou a assistente social que soube de uma ILPI no interior do estado com um preço acessível, mas que não desejava que ele fosse para este local, pois não queria “perder o vínculo com o vizinho”. As outras instituições sugeridas pelo serviço social do hospital custavam, no mínimo, 800 reais, não sendo compatível com a renda do idoso.

Alguns dias depois, a assistente social telefonou para os familiares de José. Estes disseram que eram parentes distantes, que não tinham condições de cuidar, nem de ajudar financeiramente. A mãe do primo de José disse que a família que sempre cuidou dele deveria continuar cuidando e providenciar uma clínica. A assistente social encerra esta parte do relato com a frase final que ouviu da mulher: “Por fim, foi taxativa: ‘não podemos fazer nada’”.

Foram também realizados contatos com ILPIs. A instituição do interior mencionada pela vizinha não atendiam as normas do Ministério da Saúde para oferecer este tipo de cuidado. Duas instituições filantrópicas de Porto Alegre foram também procuradas pelas assistentes sociais. Uma delas recusou, pois devido a dificuldades financeiras a instituição estava impossibilitada de receber idosos dependentes de cuidados. A outra ILPI informou que a enfermaria tinha capacidade para 20 moradores, estava lotada e que não era critério da instituição receber acamados.

Nas considerações finais do PA, a assistente social apresenta preocupação com a possível perda de vínculos com a família afetiva, caso o idoso mude para outra cidade. Além disso, mostra uma postura crítica com relação à política do município e traz considerações que não dizem respeito apenas ao idoso: “não existe no Município de Porto Alegre política pública que

contemple a assistência mínima a pessoas dependentes de cuidados, que dispõe apenas de 1 salário mínimo para o seu sustento. Após a hospitalização, nada há para oferecer ao cidadão porto alegreense. Esperar por uma solução do Poder Executivo representa, outrossim, deixar o paciente por longo tempo, ocupando leito em Hospital de Alta Complexidade, sem necessidade e exposto a riscos inerentes à internação”. Sugere que a Promotoria requiera “internação coletiva e ao mesmo tempo individualizada, com as pertinentes ações judiciais, para que os direitos das pessoas sejam garantidos”.

A partir da “avaliação social”, a Promotoria do Ministério Público propôs, na Vara da Fazenda Pública de Porto Alegre, uma “Ação Civil Pública de Fazer” contra o município, legalmente representado pelo prefeito. No tocante a descrição dos “fatos”, apresenta a situação do idoso e constata “a inexistência de instituição pública para atender esta demanda. Situação de exclusão social. A sociedade clama por uma solução para o problema, não restando ao Ministério Público outro rumo, senão o presente remédio jurídico, no sentido de provocar o Poder Judiciário (...) determinando ao Município de Porto Alegre irrestrita obediência aos ditames constitucionais (...) com a criação de um serviço (...) como uma casa de passagem (...)”. O documento é finalizado com o “pedido” do Ministério Público que requer: “Condernar o Município de Porto Alegre a criar serviço com 50 vagas para atendimento pós-alta hospitalar”, “Multa diária de R\$ 5000 em caso de descumprimento”, entre outros.

Maria

Maria estava com 80 anos e sua filha com 45 anos quando as assistentes sociais do MP receberam uma denúncia feita por uma pessoa que solicitou sigilo, relatando que a idosa não estava mais lúcida, que sua filha sofria com problemas mentais e que ambas não tinham “mais condições de viverem sozinhas”. Maria é viúva, mora com sua única filha e possui renda mensal (provavelmente pensão do falecido marido) de pouco mais de um salário mínimo.

As assistentes sociais contaram com a ajuda de uma vizinha para entrar no prédio e receberam algumas informações antecipadamente a respeito das condições do apartamento como, por exemplo, a falta de pagamento da energia elétrica e, conseqüentemente, o corte do serviço pela companhia

elétrica, a sujeira do local e a ajuda que elas recebiam dos vizinhos para se alimentarem. As profissionais relatam detalhadamente as condições de higiene da residência, a “desorganização” do local, as roupas inapropriadas que as moradoras vestiam na ocasião da visita e a falta de clareza para responder as perguntas sobre o cotidiano, saúde, renda, alimentação etc.

A vizinha comentou sobre a existência de um cunhado de Maria, informou que havia telefonado para ele, mas que ele não foi visitá-las. A assistente social fez contato telefônico com o cunhado e relatou “a situação caótica encontrada no domicílio da cunhada e da sobrinha, solicitando-o providências urgentes”. Ao receber a ligação, o cunhado disse que tinha recebido a informação da vizinha, mas imaginou tratar-se de problemas de vizinhos. Nessa mesma ligação, foi sugerido ao cunhado que levasse Maria e sua filha para morar perto deles.

Alguns dias depois, a assistente social telefonou para a vizinha e esta informa sobre a visita do cunhado à Maria. Em seguida, ela telefona para o cunhado e ele conta que foi junto com a esposa visitá-las, que pagaram a conta de energia elétrica e que arrumaram um pouco a casa. A assistente social tornou a pedir providências. No contato telefônico seguinte, o cunhado disse que “não teria condições de ajudá-las, que tem medo de assumir compromissos financeiros e ter essa responsabilidade”. Além disso, afirmou que a cunhada não quer sair de casa e que outros parentes não querem ajudar.

Nas considerações finais, as assistentes sociais expressam a necessidade de intervenção do MP. Requerem que ambas sejam abrigadas em instituição, que seja realizada avaliação mental e ação judicial de interdição de ambas, caso consideradas incapazes. Pedem informações sobre o benefício na Previdência Social e que sejam realizadas audiências com os cunhados a fim de instá-los a assumir responsabilidades.

Em seguida, segue a avaliação psiquiátrica da idosa, composto pela análise do Procedimento Administrativo e entrevistas com a idosa e as vizinhas feitas pelas assistentes sociais, exame do estado mental, diagnóstico e os comentários forenses. O psiquiatra conclui a avaliação dizendo: “Alteração do estado mental que a incapacitam para exercer pessoalmente os atos da vida civil. Necessidade de internação”.

Com base nas avaliações, o MP solicitou uma “Medida de Proteção”, com pedido liminar de antecipação parcial dos efeitos de tutela em benefício da idosa, em face de sua “situação de risco”, contra o município de Porto Alegre. Após o relato dos “fatos”, o MP requer que “seja deferida tutela antecipada para determinar que o Município de Porto Alegre, pela secretaria competente,

providencie modo liminar, a internação compulsória”, além disso, pede que se “providencie a transferência da idosa para abrigo em entidade às expensas da municipalidade”.

Na construção das “avaliações sociais”, percebo dois aspectos fundamentais: um deles é o foco nas descrições sobre a situação de saúde do idoso (com especificações detalhadas de doenças, vestimentas, higiene pessoal), o local em que se encontra (relatos narrativos e imagéticos da casa, incluindo descrição sobre o cheiro do ambiente, os móveis e a comida encontrada na geladeira), indicando a vulnerabilidade, o “risco social”, a situação de dependência do idoso e a necessidade de “providências urgentes”.

Outro aspecto importante, presente tanto nas avaliações quanto em ofícios e outros documentos que o compõem os PAs, são as narrativas que expressam a falta de políticas públicas para essa população. Em outro ofício, por exemplo, a assistente social diz que “a situação social da idosa é semelhante a de outras tantas” e ressalta “a omissão do poder público em garantir os direitos dos idosos que necessitam de residência assistida”.

Os eventos vividos pelos idosos e narradas pelas assistentes sociais, assim como as narrativas feitas pelas idosas na Conferência, buscam organizar uma experiência de adoecimento, vulnerabilidade e dependência em um contexto específico de interação com instituições e de reivindicação por direitos.

Rabelo (1999), em sua pesquisa sobre as narrativas de Doença Mental no Nordeste de Amaralina, explica que é preciso perceber as narrativas em seu contexto de interlocução. Os eventos narrados criam um campo para a ação coletiva e, assim,

(...) postulam certas identidades e impelem os atores participantes da situação da fala a tomar posições condizentes com o estado de coisas apresentado. Tratar relatos como instâncias de ação significa, em larga medida, vincular o significado ao contexto de sua produção. O discurso não é expressão de uma subjetividade isolada, mas uma tomada de posição em um campo interativo (RABELO, 1999: 78).

Nesse sentido, é preciso recuperar o contexto dialógico em que o discurso se situa, ou seja, as relações com outras vozes atuantes neste contexto. As narrativas apresentadas nos PAs embasam as “soluções” individuais e imediatas, mas reforçam e justificam o objetivo principal de incluir a questão do direito aos cuidados a saúde (fora do âmbito hospitalar e familiar) para

essa parte da população idosa nas ações de política pública do município com a criação de vagas em instituições¹¹.

Considerações finais

Diante do contexto internacional dos Direitos Humanos e a partir da criação do Estatuto do Idoso e da Política Nacional do Idoso no Brasil, direitos sociais para a população idosa foram definidos, a categoria política “idoso” ganhou destaque nos discursos, outros agentes passaram a fazer parte do contexto das políticas públicas, inclusive os próprios idosos.

Os programas voltados para a “terceira idade”, iniciados nos anos 80, foram criados com o objetivo de proporcionar lazer, “resgatar a dignidade”, “reduzir os problemas da solidão”, “quebrar os preconceitos”, como também para o “treinamento da cidadania” (DEBERT, 1999). Entretanto, nos últimos anos, é possível perceber uma mudança gradual nos discursos, na mobilização e na participação dessa crescente parcela da população. Não pretendo dizer com isso que os objetivos descritos acima tenham deixado de fazer parte dos grupos e programas, porém, outros elementos ganharam destaque, a exemplo da “autonomia”, da “independência” e da “participação” na luta pela garantia dos direitos sociais do idoso.

Os materiais técnicos e de divulgação da política, bem como as falas dos diversos agentes institucionais apresentam o que é ser idoso, insistem na importância de ter autonomia e independência durante o maior tempo possível, ressaltam a participação social e política como elemento constitutivo do sujeito de direitos, do “protagonista”.

Participando das Conferências, das reuniões de grupos de idosos e do Conselho do idoso, percebi que os idosos se fazem presentes em número maior do que anos atrás e as suas demandas ganham alguma visibilidade no

¹¹ Vale mencionar que devido à recorrência de denúncias e demandas por vagas em ILPIs foi instaurado, em 1º de abril de 2011, um Inquérito Civil (IC) que vem sendo construído a partir desses Procedimentos Administrativos da PJDDH. Ele está em tramitação e que pode tornar-se um processo judicial. De acordo com o documento: O Inquérito Civil tem como objetivo: “(...) apurar o fato objeto abaixo descrito, a fim de tutelar os interesses/direitos coletivos ou difusos de sua atribuição. Objeto: Averiguar a necessidade de disponibilização de vagas, pelo Município de Porto Alegre, para abrigamento de idosos dependentes de cuidados, que não contam com assistência familiar (e que possuem renda de 1 salário mínimo)”.

âmbito público e institucional. Porém, nos cabe questionar como está sendo construída atualmente a participação desses sujeitos de direito nos espaços deliberativos das políticas públicas, bem como pensar em que medida as experiências narradas pelos idosos, ou por eles, fazem parte também de uma ação política.

Retomo a reflexão de Sarti (2009) para pensar sobre a questão da visibilidade (e invisibilidade) de determinados grupos a partir do reconhecimento de uma característica constitutiva de uma identidade como, por exemplo, a “vulnerabilidade”. Estabelecer grupos populacionais específicos ou patologias específicas com base em definições prévias de vítima (ou de vulnerável) faz parte da lógica social da construção das políticas públicas de saúde, mas também de outras áreas consideradas fundamentais como moradia, educação e alimentação, por exemplo.

No contexto político e econômico brasileiro, nos confrontamos com recursos limitados para investimentos em políticas públicas para grupos específicos e com a organização crescente de grupos na reivindicação de direitos (população negra, LGBTT, indígena, mulheres, crianças e adolescentes, vítimas de violência, pessoas vivendo com HIV/AIDS, movimento de reparação de danos a pessoas atingidas pela hanseníase, para citar apenas alguns). Em alguma medida (e em situações específicas), se define quem é mais e quem é menos vulnerável¹², priorizando o atendimento em serviços de saúde e outras ações de políticas públicas.

Quando a presidente do COMUI dirige-se a ministra dos Direitos Humanos reivindicando que a população idosa receba a mesma atenção dispensada às mulheres e as crianças e aos adolescentes, ela estabelece, por um lado, a semelhança entre os grupos em relação a sua vulnerabilidade e, por outro lado, uma distinção no que diz respeito à sua visibilidade. Em outras palavras, os idosos também são considerados vulneráveis, assim como as mulheres, as crianças e os adolescentes, contudo, encontram-se em uma situação de invisibilidade se comparado a eles. Nesse caso, a invisibilidade significa falta de recursos orçamentários e da efetivação de políticas públicas para os idosos.

¹² Uma alusão à expressão de Cláudia Fonseca e Andrea Cardarello (1999): “quem é mais e quem é menos humano”.

Nessa perspectiva, torna-se possível também perceber construções sociais e políticas distintas dentro da categoria “idoso”. Ao mesmo tempo em que uma parcela da população idosa “ativa” – aquela que está nos grupos de “terceira idade”, programas e grupos de convivência, conselhos e conferências – alcançou algum grau de visibilidade, outros idosos considerados “dependentes”, “incapazes” e, por isso, passíveis da tutela do Estado não participam desses espaços e tornam-se invisíveis, inclusive para as ações de políticas públicas.

As narrativas das idosas na Conferência e das assistentes sociais que falam pelo segundo grupo de idosos expressam condições potencialmente constitutivas do grupo, por exemplo, “adoecimento”, “vulnerabilidade” e “dependência”. A partir das experiências de idosos e como elas são narradas é possível discutir questões sobre o seu potencial político e as formas de atuação política do grupo. Um aspecto fundamental das narrativas de ambos é a quem elas se dirigem: ao poder público. Nesse sentido, a construção dessas narrativas de dor, adoecimento, sofrimento, vulnerabilidade, dependência são políticas, pois são as formas acionadas pelos sujeitos para se relacionarem com os órgãos da administração responsáveis pela execução das ações de políticas públicas.

Referências

- BRASIL
(2003) *Estatuto do Idoso*/Ministério da Saúde.
1. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- (1994) Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a “Política Nacional do Idoso” e cria o “Conselho Nacional do Idoso”, entre outras providências. *Diário Oficial da União*, 05 jan. 1994.
- CAMARANO, Ana Amélia & PASINATO, MariaTereza
(2004) “O envelhecimento populacional na agenda das Políticas Públicas”. In: CAMARANO, A. A (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, p. 253-292.
- COKER, Elizabeth Marie
(2004) “Traveling pains’: Embodied metaphors of suffering among Southern Sudanese refugees in Cairo”. *Culture medicine and Psychiatry*, vol. 28:1, p. 15-39.
- DEBERT, Guita Grin
(1999) *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp/Fapesp.
- FONSECA, Cláudia. & CARDARELLO, Andrea
(1999) “Direitos dos mais e menos humanos”. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre: PPGAS/UFRGS,10, p. 83-122.
- HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo
(1986) *A ideologia da velhice*. São Paulo: Cortez.
- KLEINMAN, Arthur & KLEINMAN, Joan
(1991) “Suffering and its professional transformation: toward and ethnography of

- interpersonal experience". *Culture, Medicine and Psychiatry*. 15 (3), p. 275-301.
- KLEINMAN, Arthur; DAS, Veena.& LOCK, Margaret
(1997) *Social suffering*. Berkeley, Los Angeles, Londres: University of California Press.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
(2003) *Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002*/Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 49 p. (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).
- PORTO ALEGRE.
(2000) Lei Complementar 444, de 30 de março de 2000. Autoriza o Poder Executivo do Município de Porto Alegre a criar o Conselho Municipal do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial de Porto Alegre*, Porto Alegre, 03 abr. 2000.
- RABELO, Míriam Cristina Marcílio
(1999) "Narrando a doença mental no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas". In: RABELO, M. C. M.; Alves, P. C. & SOUZA, I. M (org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 75-87.
- ROSS, Fiona
(2001) "Speech and silence: Womens testimony in the first five weeks of public hearings of the south african truth and reconciliation comisión". In: DAS, V.; KLEINMAN, A.; LOCK, M.; RAMPHELE, M. & REYNOLDS, P. (org). *Remaking a world: violence, social suffering and recovery*. Berkeley, Los Angeles e Londres: University of California Press, p. 250-279.
- SARTI, Cynthia
(2009) "Corpo, violência e saúde: a produção da vítima". *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 1, p.89-103.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy & LOCK, Margaret
(1987) "The mindful body: A prolegomenon to future work in medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, nº. 1, p. 6-41.
- SIMÕES, Júlio Assis
(2007) "A maior categoria do país: o aposentado como ator político". In: BARROS, Myriam Moraes Lins de. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 13-34.
- SIQUEIRA, Monalisa Dias
(2012) Políticas Públicas, envelhecimento e a construção do protagonismo da pessoa idosa. In: 28º Reunião Brasileira de Antropologia, 2012, São Paulo. *Anais...* São Paulo: PUC, p.1-22.
- VIANNA, Adriana de Resende Barreto
(2002) *Limites da menoridade: tutela, família e autoridade em julgamento*. Tese de doutorado. Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- VICTORA, Ceres Gomes
(2011) "Sofrimento social e a corporificação do mundo: Contribuições a partir da Antropologia". RECIIS. *Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde* (Edição em português. Online), v. 5(4), p. 3-13. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/552> Acesso em 25 de março de 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION
(2005) *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Recebido em
outubro de 2013

Aprovado em
novembro de 2013