

A PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL E NO BRASIL

Miriam Cabrera Corvelo DELBONI

Universidade de Santa Cruz do Sul e Universidade do Minho
miriamdelboni@gmail.com

Silvia Virginia Coutinho AREOSA

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da UNISC.
sareosa@unisc.br

Maria Clara Costa de OLIVEIRA

Professora Associada com Agregação do Instituto de Educação da Universidade do Minho
claracol@ie.uminho.pt

Resumo

Esta comunicação apresenta uma proposta cujo objetivo é avaliar como ocorre a participação dos idosos na implementação de políticas de saúde em Portugal e no Brasil a partir de Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento 2002. Estes são os objetivos específicos: 1. investigar como as políticas públicas sobre o envelhecimento saúde são organizados; 2. identificar como funciona a participação dos idosos nesses espaços. Inicia-se com uma explicação de como constitui uma política pública, seguida da apresentação de dados encontrados em Portugal e no Brasil. Conclui que ambos os países estão comprometidos com as políticas de saúde para o envelhecimento, as formas de participação do idoso nesses processos são constituídos de diferentes maneiras de acordo com o processo histórico político e cultural de cada país.

Palavras-chave: envelhecimento populacional, participação comunitária, políticas públicas.

Abstract

This communication presents a proposal whose aim is evaluate how occurs the participation of the elderly in the implementation of health policies in Portugal and Brazil from International Plan of Action on Ageing 2002. These are the specific objectives: 1. investigate how public health policies on aging are organized; 2. identify how it operates the participation of the elderly in these spaces. It begins as an explanation of how constitutes a political public, followed by the presentation of data found in Portugal and Brazil. Concludes that both countries are compromised with the health policies for aging, the ways of the participation of elderly in these processes are constituted in different ways according to the political historical process and cultural of each country.

Keywords: population aging, Community participation, public policy

1. Introdução

1.1. Estado e Agenda Pública

Para a compreensão sobre Políticas Públicas e para o entendimento de sua relação com a vida cotidiana, é necessário, descrever os conceitos que envolvem a própria expressão e de que forma são constituídos os atores políticos (Estado, gestores públicos, sociedade civil organizada, cidadão comum).

Para Pereira (2002), a reflexão sobre o Estado e suas formas de regulação social, permite recolocar na agenda política e intelectual, o tema das relações recíprocas e antagônicas ao mesmo tempo entre Estado e sociedade civil.

A autora aborda que essas relações podem ser melhor lapidadas a partir da compreensão do modo pela qual a sociedade civil e o Estado se articularam no curso da história da civilização ocidental. Neste percurso histórico, que remonta à Antiguidade grega, ressaltam três principais evidências:

1. O Estado não é um fenômeno unívoco, igual ou idêntico em todos os momentos históricos e em todos os contextos socioculturais e, não expressa um conceito universal e absoluto;
2. O Estado não é o criador da sociedade, ao contrário, é criatura desta, embora nas diferentes formas de apresentação; oligárquica, liberal, socialdemocrata, e sempre procura impor-se à sociedade e dominá-la;
3. Existem diferentes e competitivas doutrinas, teorias ou concepções sobre o Estado e suas relações com a sociedade, bem como sobre a sua índole e função social.

Deduz-se que o Estado não é um fenômeno dado, neutro e pacífico, mas um conjunto de relações criado e recriado num processo histórico tenso e conflituoso em que grupos, classes ou frações de classe se confrontam em defesa de seus interesses particulares. Na base de sua constituição e de seu desenvolvimento, estão determinações e processos associados aos diferentes modos de produção, dos quais o Estado foi e é parte integrante (escravista, feudal, capitalista, socialista), e por sua vez, foram determinados por mudanças na estrutura da sociedade e nas relações sociais correspondentes. Portanto, Estado e sociedade não são um fenômeno genérico e estático, sua dinâmica e particularidade recomendam qualificá-lo e situá-lo na história, pois, todos os tipos de Estado estão assentados na ideia de poder, com diferenças marcantes entre eles. (PEREIRA, 2002).

Para a autora, o sistema político indica o nível de formação das decisões normativas de uma sociedade, através da competição de interesses no interior de regras partilhadas e através de processos de representação. Este nível de análise, não coincide somente com os sistemas políticos, mas é de relevância nas organizações complexas e nos sistemas administrativos descentralizados. O sistema organizativo indica o tipo de relações que asseguram o equilíbrio

de uma sociedade e a sua adaptação ao ambiente, através de processos de integração e de troca entre as partes do sistema reguladas normativamente. Este tipo de análise pode relacionar-se com uma sociedade global, mas também com singulares organizações e instituições.

Segundo Rodrigues (2010), as Políticas Públicas são importantes para a sociedade, a partir da compreensão das seguintes premissas:

1. As sociedades contemporâneas caracterizam-se não apenas pela diferenciação social, mas também por identidades e visões de mundo específicas sobre questões como desenvolvimento e bem estar, por exemplo. 2. Seus membros têm expectativas diferentes sobre a vida em sociedade, na medida em que suas ideias, valores, interesses e objetivos se distinguem. 3. A natureza complexa das sociedades contemporâneas implica conflito não só de objetivos (fins), mas também dos modos de atingir esses fins (meios). 4. Há, grosso modo, duas formas de resolver os conflitos: pela força (coerção/repressão) ou pela ação política. Esta última (ação política) tem como características principais a ação coletiva (baseada na diversidade de perspectivas sobre fins e meios), a necessidade de aceitação da decisão alcançada e o caráter impositivo da decisão coletiva (*enforcement of the law*). (RODRIGUES, 2010, p.14).

Dessa forma, pode-se entender que as Políticas Públicas são resultantes das atividades políticas e sua característica principal é que se constituem de decisões e ações do poder público e dos atores envolvidos neste processo, tornando-se cenário de conflitos e disputas pelo poder decisório.

Para a compreensão sobre a forma de constituição do poder dos atores políticos, Rodrigues (2010, p.15) destaca a obra de Max Weber (1978), para quem poder é a “probabilidade de um ator social levar adiante sua vontade, apesar das resistências que ela enfrenta, isto é, mesmo que esteja em oposição à vontade do outro”.

Compreende-se que para a efetivação das Políticas Públicas, os atores envolvidos neste processo interagem com diversos aspectos que englobam parcerias e resistências, em um movimento de composições constantes e conflitantes.

Para a efetivação de uma política pública, é necessário transcorrer pelo menos cinco (5) fases, como destaca Rodrigues (2010):

Fase 1 – Identificação do problema e formação da Agenda

Trata da definição do problema. Durante esta fase, um problema é identificado e analisado, e possíveis soluções são exploradas por meio de pesquisa e análise. A medida seguinte é a definição de agenda. Durante esta fase, os esforços são usados para aumentar a visibilidade do problema e possíveis soluções entre o público e os tomadores de decisão.

As estratégias típicas incluem: organização da comunidade, educação pública, mídia e comunicações, convocação de interessados e formação de coalizões.

Porém, mesmo que uma questão se insira na Agenda Governamental, não significará que ela será considerada prioritária. Isso ocorre quando diversos fatores se unificam, tais como vontade política, mobilização popular e a percepção de que os custos de não resolver o problema serão maiores do que para resolvê-los.(RODRIGUES, 2010).

Fase 2 – Formulação de Políticas

A partir do momento em que uma situação é vista como problema e, por isso, se insere na Agenda Governamental, é necessário definir as linhas de ação que serão adotadas para solucioná-los. Este é o momento onde deve ser definido qual o objetivo da política, quais serão os programas desenvolvidos e as metas alcançadas, o que significa a rejeição de várias propostas de ação.

Para facilitar a formulação de propostas, o responsável pela elaboração da política pública deve se reunir com os atores envolvidos no contexto (área ou setor) onde ela será implementada, solicitar uma proposta sobre qual seria a melhor alternativa a ser seguida. Assim, a autoridade terá em suas mãos uma série de opiniões que servirão como fonte de ideias, as quais poderão apontar o caminho desejado por cada segmento social, auxiliando na escolha e contribuindo com a legitimidade da mesma. Portanto é nesta fase que se deve inserir os atores sociais, neste caso, os próprios idosos. (RODRIGUES, 2010).

Fase 3 – Processo de Tomada de Decisões e Adoção de Políticas

Esta fase contempla a decisão e a definição em torno de: alternativas; competências das diversas esferas públicas envolvidas; dos recursos e estratégias de implementação; cronogramas e parâmetros de avaliação. Além disso, são detalhados os modelos e projetos; diretrizes e estratégias; identificação das fontes de recursos; orçamento; mobilização dos meios disponíveis; mapear as possíveis parcerias para a implementação. (RODRIGUES, 2010).

Fase 4 - Implementação

É o momento onde o planejamento e as alternativas são selecionadas e transformadas em atos. O corpo administrativo é responsável pela execução da política, cabe a eles a ação direta, ou seja, a aplicação, controle e monitoramento das medidas definidas. Os servidores públicos exercem uma maior influência nesta etapa da implementação da política em função da forte hierarquia organizacional. Para Secchi (2013, p.106) ao se tratar de um modelo gerencial, os burocratas possuem recursos importantes para aumentar a eficácia das políticas públicas. E nesta fase o corpo burocrático “consegue beneficiar-se se sua posição privilegiada (assimetria

informativa, domínio da execução) para interpretar os objetivos da política pública a favor de seus interesse, de sua comunidade profissional ou do seu estrato social)”.

Fase 5 – Avaliação

Após a implementação de uma política, é importante avaliar a sua eficácia. Pesquisa e análise política são estratégias para avaliar o cumprimento das intenções originais, e se existem quaisquer resultados não intencionais. Caso não seja bem-sucedida em qualquer nível, os resultados da avaliação podem ser usados durante uma nova fase de reestruturação do problema. O ciclo de vida desta política inicia-se novamente até que seja implementada e avaliada com sucesso.

Durante esse período, a política pode sofrer modificações, dependendo da postura e dos interesses do corpo administrativo. No entanto, o direcionamento das políticas se apoiam nos Modelos de Tomada de Decisão (Fase 3), que podem constituir-se de diversas maneiras ao serem consideradas as soluções como respostas aos problemas públicos. Abrucio (2007) destaca os seguintes modelos, baseados em seus autores originais:

Modelo Racional – H. Simon

Este modelo baseia-se no pensamento de que a racionalidade é imprescindível para a tomada de decisão. Considera as informações perfeitas, as trata com objetividade e lógica e não considera as relações de poder. No modelo racional, primeiro se estabelece um objetivo para solucionar o problema, depois se explora e define as estratégias para alcançar o objetivo, estimando-se as probabilidades para tal, e por fim, a estratégia ideal é escolhida.

Modelo Incremental - Lindblom

O modo incremental situa-se na abordagem de racionalidade limitada, retratando as impossibilidades do racionalismo e praticando o foco nas informações. É um modelo descritivo, reconhece que a seleção de objetivos depende dos valores e a implementação estará sujeita a intervenções, visto que cada ator envolvido tem sua própria percepção do problema. Este modelo considera que, por mais apropriado que seja o fundamento de uma alternativa, a decisão envolverá relações de poder. Desta forma, a decisão mais conveniente, é formada a partir de um consenso e objetiva garantir o acordo entre as partes interessadas.

Modelo da Análise Misturada (mixed-scanning) - Etzioni

Este combina características dos dois modelos anteriores. Dispõe uma racionalidade bidimensional e prevê dois níveis de decisão: fundamentais nas estratégias e racionais em relação às decisões a seguir; e incremental, que consiste em uma comparação das opções

selecionadas de forma racional. Esta análise permite mais inovação do que o modo incremental, sem precisar impor o processo radical do modo racional.

Modelo Irracional (lata de lixo) - Cohen, March e Olsen.

Este modelo trata do processo de decisão em ambientes e objetivos ambíguos, que podem ser chamados de “anarquias organizadas” e subverte a lógica solução-problema para problema-solução. Para os que defendem esta ideia, o processo de tomada de decisão é extremamente dúbio, imprevisível, e pouco se relaciona com a busca de meios para alcançar os fins. Trata-se de uma abordagem aberta, em que as decisões resultam dos seguintes elementos: problema, solução, participante e oportunidade; em que as oportunidades são vistas como latas de lixo, em que problemas e soluções são jogados pelos participantes.

Mudanças nas políticas públicas não ocorrem de um dia para o outro, mas elas são o resultado de atividades em cada fase do ciclo de vida de uma política. Cada fase pode levar semanas ou até mesmo anos, dependendo da profundidade do problema, das pessoas envolvidas e da complexidade da própria política. No entanto, toda a criação política baseia-se em desenvolvimentos e atividades anteriores. (ABRUCIO, 2007).

Compreender este cenário sob a perspectiva cultural significa que se deseja imprimir os componentes cognitivos (pessoais), simbólicos e relacionais que caracterizam a atividade social, como é o caso da participação política do idoso nas diferentes sociedades. Dessa forma, é uma das propostas desta comunicação compreender como se materializam nos territórios essas políticas, sobretudo as que referem à saúde do idoso.

Resultados e Discussão

1. Envelhecer em Portugal e as Políticas de Saúde portuguesa.

O envelhecimento é um fenômeno complexo e irreversível, e o tema faz-se prioritário na agenda dos governos, necessitando de intervenções que desafiam o Estado e a própria sociedade a desenvolverem políticas públicas para atender os direitos, as demandas e as necessidades desse segmento. O crescimento demográfico mundial da população idosa exige a preparação adequada dos países para atendimento às múltiplas demandas. (CAMARANO, 2008).

As mudanças ocorridas na fecundidade e na mortalidade registradas no mundo resultaram na desaceleração do crescimento da população e no seu envelhecimento progressivo. Em 2010, a proporção de menores de 15 anos, diminuiu em todos os países, atingindo a média de 31% da população. (ONU, 2012).

No relatório anual do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), é destacado o aumento gradual da esperança média de vida que cresceu 6 anos em Portugal nas últimas quatro décadas, conforme se pode avaliar no Quadro 1, construído com base nos dados disponibilizados pelo INE (2015) português:

Quadro 1- Esperança média de vida aos 65 anos

Anos	Sexo		
	Total	Masculino	Feminino
1970	13,5	12,2	14,6
1980	14,7	13,1	16,1
1990	15,7	14,0	17,1
2000	17,0	15,2	18,6
2001	17,1	15,2	18,6
2002	17,2	15,4	18,7
2003	17,5	15,6	18,9
2004	17,6	15,7	19,1
2005	17,9	16,0	19,4
2006	18,1	16,2	19,6
2007	18,2	16,4	19,7
2008	18,3	16,5	19,7
2009	18,6	16,7	20,0
2010	18,8	16,9	20,2
2011	18,8	16,9	20,3
2012	19,0	17,1	20,4
2013	19,1	17,2	20,6

Fonte: www.ine.pt pesquisa em 14/11/2015

Segundo dados avançados pelo Alto Comissariado da Saúde, tutelado pelo Ministério da Saúde português, as doenças que mais afetam os indivíduos de 65 e mais anos são a saúde mental, a depressão e o Alzheimer, a artrite, o câncer, a osteoporose, a incontinência urinária, a hipovitaminose e as alterações da memória, assim como a diminuição gradual da visão e da audição. A par destas patologias somam-se ainda os problemas de saúde decorrentes das quedas e dos acidentes. No contexto dos fatores de risco da saúde dos idosos juntam-se as doenças crónicas como a diabetes, a asma e a hipertensão e ainda os fatores de risco aditivos ou sinérgicos entre os quais se conta o excesso de peso/obesidade e o tabagismo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/PORTUGAL, 2015).

Do ponto de vista político as estratégias para a saúde têm por base as diretrizes da OMS (1999) que continua a apontar este parâmetro como a prioridade de intervenção junto das populações envelhecidas e sustenta a ideia de que os países devem encontrar estratégias eficazes para lidar com os problemas da idade avançada e com o impacto causado pelas doenças crónicas que afeta a qualidade de vida dos idosos. (OMS, 1999).

Assim, em Portugal, as áreas de ação na saúde passam pela “promoção da saúde e gestão da doença”; pela “saúde ocupacional e ambiental”; pelas “ameaças à saúde pública” e pelo desenvolvimento dos serviços de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2015) estes quatro parâmetros são entendidos como prioritários no que toca ao envelhecimento saudável e traduzem-se nas determinações legais que sustentam o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que faz parte integrante do Plano Nacional de Saúde 2010-2016.

Para este plano de saúde transitaram também conceitos importantes que sustentam a definição das políticas saudáveis avançadas pela OMS (1988) e que ditam que estas são políticas do governo, das autarquias e de outras entidades e que são definidoras das prioridades e dos parâmetros para a ação seja na resposta a necessidades de saúde, na distribuição de recursos para a saúde, na potencialização de impactos positivos ou mitigação dos aspectos negativos dos problemas de saúde dos mais idosos.

Tal como já dito, estas políticas consubstanciam-se em medidas legislativas, de regulamentação, normativas e administrativas que visam criar condições ambientais, socioeconômicas e sociais favoráveis à saúde individual e coletiva das populações alvo (OMS, 1988). Trata-se de medidas que visam facilitar escolhas saudáveis por parte dos cidadãos e que proporcionem o acesso das mesmas a toda a população.

O conceito de envelhecimento saudável e das políticas de saúde que ele integra é abrangente e responsabiliza todo o setor da saúde, mas também o setor privado e todas as entidades que contribuem para a criação de ambientes físicos e sociais promotores do bem-estar e da saúde, e que, acima de tudo asseguram que todos os cidadãos idosos têm igualdade de acesso aos serviços e à escolha de oportunidades saudáveis. (OMS, 2010).

Neste contexto as políticas de saúde englobam uma dupla perspectiva, as políticas de saúde pública e a saúde em todas as políticas. As primeiras são esforços organizados dirigidos a beneficiar o estado geral de saúde da globalidade da população e enfatiza a proteção e promoção da saúde e da promoção da doença englobando também a prestação efetiva de cuidados de saúde, de forma gratuita ou tendencialmente gratuita, como prevê a Constituição da República Portuguesa no seu artigo 64.º. (CRP, Lei Constitucional n.º 1/2001, de 12 de Dezembro).

A saúde em todas as políticas é uma abordagem intersectorial que se baseia na evidência de que as ações políticas podem ter impactos positivos ou negativos na área da saúde e que, com vista à obtenção de ganhos em saúde e em qualidade de vida, importa intervir promovendo a saúde e o bem-estar de uma forma integrada e sistematizada. Neste âmbito a saúde é considerada como fator de sustentabilidade, de valorização dos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais.

O processo legal que completa a criação e imposição de políticas de saúde é um processo “participativo, holístico, intersectorial, equitativo, sustentável e baseado em combinações de múltiplas estratégias”. (OMS, 2010, p.15).

Para além das medidas reguladoras já mencionadas, as políticas de saúde suportam-se em recursos como as instituições, as agências e departamentos que tenham responsabilidades ao nível da implementação e avaliação de todas as estratégias tanto a nível geral, como a nível operacional. Neste contexto são consideradas as instituições de ensino superior e as sociedades científicas com conhecimentos, formação e investigação na área da saúde pública, assim como todos os serviços administrativos e de gestão do setor da saúde nacional, incluindo os oriundos dos serviços religiosos.

Outra das medidas reguladoras são as plataformas de parceria intersectorial, que funcionam no nível do governo central e local e envolvem um vasto conjunto de parceiros e também o

Planejamento e governação de programas de saúde, onde o papel informativo tem lugar de destaque e se visa à promoção de sinergias em intervenções promotoras da saúde.

Do ponto de vista local os recursos mais evidentes das políticas de saúde ao nível do envelhecimento são as denominadas estratégias locais de saúde, que podem ser definidas como processo direcionado para a obtenção de ganhos em saúde através de recursos de governação e operacionalização no contexto de parcerias de organizações locais. (SANTOS et al., 2010).

Todas estas estratégias de promoção e valorização da saúde junto das populações envelhecidas funcionam em sintonia com as práticas de envelhecimento ativo, através das quais também a saúde é beneficiada. Assim, segundo Carvalho (2009), as orientações das políticas públicas para os idosos em Portugal, nestes últimos anos, têm-se centrado nos cuidados integrados e articulados, entre a segurança social e a saúde, e se evidenciam nos programas de cuidados continuados (Despacho-Conjunto n.º 407/98 de 15 de maio, posteriormente com o Decreto de Lei 281/2003) e de apoio integrado a idosos, o Programa de Apoio Integrado ao Idoso - PAII (Despacho Conjunto n.º 259) e com a lei n.º 101 (Despacho do Conselho de Ministros, de 16 de março de 2006) que cria a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI), conforme já descritos anteriormente.

As políticas de cuidados para as pessoas idosas são centralizadas no Ministério do Trabalho e da Segurança Social e no Ministério da Saúde. Os cuidados são organizados, predominantemente, no âmbito do setor não lucrativo. Tem sido efetuado um esforço para a criação de serviços e políticas ativas nesta área, sobretudo na articulação entre a saúde e o social e a integração dos cuidados continuados e integrados, nas vertentes preventiva, de reabilitação, e também paliativa, e com a criação da rede de cuidados continuados integrados em 2006. (CARVALHO, 2009).

No texto atual da Constituição da República Portuguesa, **aprovado pela Lei Constitucional n.º 1/2001, de 12 de Dezembro, em seu Artigo 64 sobre Saúde, define que:**

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de defendê-la e promover.
2. O direito à proteção da saúde é realizado:
 - a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
 - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.
3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
 - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
 - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participativa.

Na Constituição Portuguesa há leis de proteção que asseguram o cuidado pelo Estado, não apenas ao idoso, mas a todo o cidadão residente no país. Está garantido também no Plano Nacional de Saúde de 2012-2016, que legitima a participação das pessoas como corresponsáveis na construção da saúde na sociedade portuguesa.

No Quadro 2, são apresentadas as Políticas, os Programas e as Ações que norteiam o envelhecimento em Portugal:

Anos	Sexo		
	Total	Masculino	Feminino
1970	13,5	12,2	14,6
1980	14,7	13,1	16,1
1990	15,7	14,0	17,1
2000	17,0	15,2	18,6
2001	17,1	15,2	18,6
2002	17,2	15,4	18,7
2003	17,5	15,6	18,9
2004	17,6	15,7	19,1
2005	17,9	16,0	19,4
2006	18,1	16,2	19,6
2007	18,2	16,4	19,7
2008	18,3	16,5	19,7
2009	18,6	16,7	20,0
2010	18,8	16,9	20,2
2011	18,8	16,9	20,3
2012	19,0	17,1	20,4
2013	19,1	17,2	20,6

Fonte: www.ine.pt pesquisa em 14/11/2015

Segundo dados avançados pelo Alto Comissariado da Saúde, tutelado pelo Ministério da Saúde português, as doenças que mais afetam os indivíduos de 65 e mais anos são a saúde mental, a depressão e o Alzheimer, a artrite, o câncer, a osteoporose, a incontinência urinária, a hipovitaminose e as alterações da memória, assim como a diminuição gradual da visão e da audição. A par destas patologias somam-se ainda os problemas de saúde decorrentes das quedas e dos acidentes. No contexto dos fatores de risco da saúde dos idosos juntam-se as doenças crónicas como a diabetes, a asma e a hipertensão e ainda os fatores de risco aditivos ou sinérgicos entre os quais se conta o excesso de peso/obesidade e o tabagismo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/PORTUGAL, 2015).

Do ponto de vista político as estratégias para a saúde têm por base as diretrizes da OMS (1999) que continua a apontar este parâmetro como a prioridade de intervenção junto das populações envelhecidas e sustenta a ideia de que os países devem encontrar estratégias eficazes para lidar com os problemas da idade avançada e com o impacto causado pelas doenças crónicas que afeta a qualidade de vida dos idosos. (OMS, 1999).

Assim, em Portugal, as áreas de ação na saúde passam pela “promoção da saúde e

gestão da doença”; pela “saúde ocupacional e ambiental”; pelas “ameaças à saúde pública” e pelo desenvolvimento dos serviços de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2015) estes quatro parâmetros são entendidos como prioritários no que toca ao envelhecimento saudável e traduzem-se nas determinações legais que sustentam o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que faz parte integrante do Plano Nacional de Saúde 2010-2016.

Para este plano de saúde transitaram também conceitos importantes que sustentam a definição das políticas saudáveis avançadas pela OMS (1988) e que ditam que estas são políticas do governo, das autarquias e de outras entidades e que são definidoras das prioridades e dos parâmetros para a ação seja na resposta a necessidades de saúde, na distribuição de recursos para a saúde, na potencialização de impactos positivos ou mitigação dos aspectos negativos dos problemas de saúde dos mais idosos.

Tal como já dito, estas políticas consubstanciam-se em medidas legislativas, de regulamentação, normativas e administrativas que visam criar condições ambientais, socioeconômicas e sociais favoráveis à saúde individual e coletiva das populações alvo (OMS, 1988). Trata-se de medidas que visam facilitar escolhas saudáveis por parte dos cidadãos e que proporcionem o acesso das mesmas a toda a população.

O conceito de envelhecimento saudável e das políticas de saúde que ele integra é abrangente e responsabiliza todo o setor da saúde, mas também o setor privado e todas as entidades que contribuem para a criação de ambientes físicos e sociais promotores do bem-estar e da saúde, e que, acima de tudo asseguram que todos os cidadãos idosos têm igualdade de acesso aos serviços e à escolha de oportunidades saudáveis. (OMS, 2010).

Neste contexto as políticas de saúde englobam uma dupla perspectiva, as políticas de saúde pública e a saúde em todas as políticas. As primeiras são esforços organizados dirigidos a beneficiar o estado geral de saúde da globalidade da população e enfatiza a proteção e promoção da saúde e da promoção da doença englobando também a prestação efetiva de cuidados de saúde, de forma gratuita ou tendencialmente gratuita, como prevê a Constituição da República Portuguesa no seu artigo 64.º. (CRP, Lei Constitucional n.º 1/2001, de 12 de Dezembro).

A saúde em todas as políticas é uma abordagem intersetorial que se baseia na evidência de que as ações políticas podem ter impactos positivos ou negativos na área da saúde e que, com vista à obtenção de ganhos em saúde e em qualidade de vida, importa intervir promovendo a saúde e o bem-estar de uma forma integrada e sistematizada. Neste âmbito a saúde é considerada como fator de sustentabilidade, de valorização dos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais.

O processo legal que completa a criação e imposição de políticas de saúde é um processo “participativo, holístico, intersetorial, equitativo, sustentável e baseado em combinações de múltiplas estratégias”. (OMS, 2010, p.15).

Para além das medidas reguladoras já mencionadas, as políticas de saúde suportam-se em recursos como as instituições, as agências e departamentos que tenham responsabilidades ao nível da implementação e avaliação de todas as estratégias tanto a nível geral, como a nível

operacional. Neste contexto são consideradas as instituições de ensino superior e as sociedades científicas com conhecimentos, formação e investigação na área da saúde pública, assim como todos os serviços administrativos e de gestão do setor da saúde nacional, incluindo os oriundos dos serviços religiosos.

Outra das medidas reguladoras são as plataformas de parceria intersetorial, que funcionam no nível do governo central e local e envolvem um vasto conjunto de parceiros e também o Planeamento e governação de programas de saúde, onde o papel informativo tem lugar de destaque e se visa à promoção de sinergias em intervenções promotoras da saúde.

Do ponto de vista local os recursos mais evidentes das políticas de saúde ao nível do envelhecimento são as denominadas estratégias locais de saúde, que podem ser definidas como processo direcionado para a obtenção de ganhos em saúde através de recursos de governação e operacionalização no contexto de parcerias de organizações locais. (SANTOS et al., 2010).

Todas estas estratégias de promoção e valorização da saúde junto das populações envelhecidas funcionam em sintonia com as práticas de envelhecimento ativo, através das quais também a saúde é beneficiada. Assim, segundo Carvalho (2009), as orientações das políticas públicas para os idosos em Portugal, nestes últimos anos, têm-se centrado nos cuidados integrados e articulados, entre a segurança social e a saúde, e se evidenciam nos programas de cuidados continuados (Despacho-Conjunto n.º 407/98 de 15 de maio, posteriormente com o Decreto de Lei 281/2003) e de apoio integrado a idosos, o Programa de Apoio Integrado ao Idoso - PAII (Despacho Conjunto n.º 259) e com a lei n.º 101 (Despacho do Conselho de Ministros, de 16 de março de 2006) que cria a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI), conforme já descritos anteriormente.

As políticas de cuidados para as pessoas idosas são centralizadas no Ministério do Trabalho e da Segurança Social e no Ministério da Saúde. Os cuidados são organizados, predominantemente, no âmbito do setor não lucrativo. Tem sido efetuado um esforço para a criação de serviços e políticas ativas nesta área, sobretudo na articulação entre a saúde e o social e a integração dos cuidados continuados e integrados, nas vertentes preventiva, de reabilitação, e também paliativa, e com a criação da rede de cuidados continuados integrados em 2006. (CARVALHO, 2009).

No texto atual da Constituição da República Portuguesa, **aprovado pela Lei Constitucional n.º 1/2001, de 12 de Dezembro, em seu Artigo 64 sobre Saúde, define que:**

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de defendê-la e promover.
2. O direito à proteção da saúde é realizado:
 - a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
 - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
 - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
 - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participativa.

Na Constituição Portuguesa há leis de proteção que asseguram o cuidado pelo Estado, não apenas ao idoso, mas a todo o cidadão residente no país. Está garantido também no Plano Nacional de Saúde de 2012-2016, que legitima a participação das pessoas como corresponsáveis na construção da saúde na sociedade portuguesa.

No Quadro 2, são apresentadas as Políticas, os Programas e as Ações que norteiam o envelhecimento em Portugal:

Quadro 2 - Políticas, Programas e Ações/orientações norteadoras do envelhecimento em Portugal:

Instrumentos	Ano	Instituição	Abrangência	Pontos relevantes
Despacho-Conjunto n.º 407	1998	PORTUGAL	Nacional	Instaura os programas de cuidados continuados.
Constituição da República Portuguesa (texto atual) - Cap. Saúde	2001	PORTUGAL	Nacional	Garante a todos os cidadãos direito à saúde e a participação política.
Programa de Apoio Integrado ao Idoso – PAII	2003	PORTUGAL	Nacional	Lei voltada especificamente aos idosos com garantia de atendimento em todos os níveis de atenção em saúde.
Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI).	2006	PORTUGAL	Nacional	Garante aos idosos, atenção integrada em saúde em todos os níveis de atenção.
Plano Nacional de Saúde 2012-2016	2012	PORTUGAL	Nacional	Legitima a participação das pessoas na construção da saúde, destacando o papel de cidadania neste processo.

Fonte: Dados elaborados pelas autoras, a partir dos documentos publicados em Portugal

2. Envelhecer no Brasil e as Políticas de Saúde no Brasil

No Brasil, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (2010), os idosos já representam 12,6% da população. A projeção para 2020 é de 27,2 milhões, e que em 2025 será o sexto país com maior população de idosos do mundo, com aproximadamente 31, 8 milhões de idosos. (IBGE, 2010).

Está garantida pela Constituição Federal de 1988, no Artigo 198, a participação da comunidade nas ações das políticas públicas de saúde. A participação efetiva do idoso

perpassa também pela Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso. Consta na PNI “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” e que “o idoso deve ser o principal agente e o destinatários das transformações a serem efetivadas através dessa política” (Art. 1º e 3º). No Estatuto do Idoso, art 3, que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público a “viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações”. (BRASIL, 1988; 1994; 2003).

No Quadro 03, são apresentadas as Políticas, Programas e Ações que norteiam as questões do envelhecimento no Brasil.

Quadro 3 - Políticas, Programas e Ações/orientações norteadoras para o envelhecimento no Brasil

Instrumentos	Ano	Instituição	Abrangência	Pontos relevantes
Constituição Federal Brasileira	1988	BRASIL	Nacional	Garante aos idosos o direito à vida, à igualdade, à cidadania, à dignidade humana, à previdência social e à assistência social e a participação política.
Sistema Único de Saúde	1990	BRASIL	Nacional	Garante o acesso à saúde de toda a população brasileira
Lei nº 8.842: Política Nacional do Idoso	1994	BRASIL	Nacional	Assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.
Lei 10. 741 Estatuto do Idoso	2003	BRASIL	Nacional	Lei voltada especificamente para os idosos com medidas que visam proporcionar seu bem-estar.

Fonte: Dados elaborados pelas autoras, a partir dos documentos publicados no Brasil.

Como também é país signatário da ONU, desde o Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, de 1982, em Viena, o Brasil passou a incorporar este tema, de forma mais concreta na sua agenda política. Segundo Camarano e Pasinato (2008), o momento coincidiu com o período de redemocratização do país, o que ocasionou debates sobre a questão, na ocasião do processo constituinte, sendo incorporado no texto da Constituição de 1988.

A partir da Constituição de 1988, houve grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros, como por exemplo, a introdução do conceito de seguridade social, na qual a rede de proteção social deixou de ser vinculada apenas ao contexto trabalhista e assistencialista e passou a assumir uma conotação de direito de cidadania (CAMARANO; PASINATO, 2008). Com a aprovação do Estatuto do Idoso, documento legal que conta com 118 artigos sobre as áreas dos direitos e das necessidades de proteção dos idosos, reforçou-se o já contido nas diretrizes da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e em consonância com os contextos do Plano de Madrid, de 2002.

Considerações Finais

A preocupação com o envelhecimento populacional nos dois países tem impulsionado os contextos das políticas, programas e projetos para atender às necessidades dos idosos e instituir direitos sociais. No entanto, a participação dos idosos nestes contextos, apesar de garantida em diversas legislações, não ocorre de forma efetiva, e nem homogênea nos dois países. Em Portugal, a participação é incentivada localmente nos equipamentos de saúde, onde se espera que a sua participação aprimore a qualidade dos serviços oferecidos a este segmento. No Brasil, os espaços garantidos por Lei nos Conselhos Federativo, Estadual e Municipal do idoso, dependem dos incentivos nos espaços organizativos dos idosos, principalmente sobre informações a respeito dos seus direitos. Destaca-se que a participação do segmento idoso em espaços sociopolíticos tem sido precária, pela pouca motivação do próprio idoso e de poucos incentivos à sua organização pelos gestores e sociedade civil.

Referências

- ABRUCIO, F. L. (2007). Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Rev. Adm. Pública* [online], vol.41, pp. 67-86.
- BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL (1994). Lei no. 8842/94. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1994.
- BRASIL (1999). Portaria Ministerial 1395/99. *Dispõe sobre a Política Nacional da saúde do idoso*. Brasília-DF, 1999.
- BRASIL (2003). Lei 10.741/03. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso*. Brasília-DF, outubro, 2003.
- CARVALHO, M. I. (2009). A Política de cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social: risco ou proteção efetiva?. *In Locus Social*, Vol. n.º 2, pp.29-46.
- CAMARANO, A. A. KANSO, S.; MELLO, J.L. (2004). Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.) *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, pp. 25-73.
- CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T.(2008). *Envelhecimento funcional e suas implicações para a oferta da força de trabalho brasileira*. IPEA, RJ.
- CENSO (2000). Banco de dados agregados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acedido em: 30 novembro. 2015.

CENSO (2010). Banco de dados agregados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acedido em: 14 nov. 2015.

CENSO (2011). Instituto Nacional de Estatística, 2011. Disponível em <http://www.censos.ine.pt>. Acedido em 14 nov. 2015.

DECRETO DE LEI 281/2003, de 8 de novembro, que cria a rede de cuidados continuados de saúde. Disponível em <http://www.dre.pt/cgj>. Acedido em 22 de nov de 2015.

DESPACHO N.º 62/99 – Diário da República, n.º 264, de 12/11/99. Disponível em <http://www.dre.pt/cgj>. Acedido em 22 de novembro de 2015.

DESPACHO CONJUNTO – n.º 407/98 de 15 de maio. Disponível em <http://www.dre.pt/cgj>. Acedido em 22 de nov de 2015.

DESPACHO CONJUNTO n.º 259/1997, Criação do Programa de Apoio a Integrado a Idosos, In: 1997. Despacho do Conselho de Ministros de 16 de março de 2006 – cria a rede de cuidados continuados integrados – lei n.º 101/2006. Disponível em <http://www.dre.pt/cgj>. Acedido em 22 de nov. de 2015.

MINSITÉRIO DA SAÚDE (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Diário da Republica. Direção Geral da Saúde, Portugal.

OMS (2003) - Organização Mundial da Saúde. Dados de 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>> Acedido em: 30 de nov. 2015.

OMS (2006)- Organização Mundial da Saúde. Dados de 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>> Acedido em: 30 de nov.de 2015.

ONU – Organização das Nações Unidas. *A ONU e as pessoas idosas*. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>> Acedido em: 20 nov 2015.

ONU (2002) – Organização das Nações Unidas - *Plano de ação internacional para o envelhecimento, 2002* / Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Gois. – Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

PEREIRA, P. A. P.(2002). Sobre a Política da Assistência Social no Brasil. In:____. *Política Social e Democracia*. 2º ed. São Paulo: Cortez; Riode Janeiro: UERJ.

RODRIGUES, M. M. A. (2010). *Políticas Públicas*. São Paulo: Publifolha.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. (2010). Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc. saúde coletiva* vol.16 no.3, Rio de Janeiro Mar.

SECCHI, L. (2013). *Políticas Públicas – Conceitos, esquemas de análise, casos práticos* 2ª edição.São Paulo: Cengage Learning.