



Textos & Contextos (Porto Alegre)

E-ISSN: 1677-9509

textos@pucrs.br

Pontifícia Universidade Católica do Rio
Grande do Sul
Brasil

DE PAULA FALEIROS, VICENTE; RAPOZO, JANESKA M.T.

Efetividade da rede de atenção à saúde e à assistência social à pessoa idosa na expressão de
usuários e gestores - o caso de Boa Vista/RR

Textos & Contextos (Porto Alegre), vol. 10, núm. 2, agosto-diciembre, 2011, pp. 356-370

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, RS, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527169013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Efetividade da rede de atenção à saúde e à assistência social à pessoa idosa na expressão de usuários e gestores – o caso de Boa Vista/RR

Effectiveness of assistance and health social net of elders persons in the users and administrators expressions in Boa Vista/RR

VICENTE DE PAULA FALEIROS^{*}

JANESKA M.T. RAPOZO^{**}



RESUMO – Este artigo trata do paradigma e da efetivação da rede de proteção à pessoa idosa nas áreas de Assistência Social e Saúde, numa perspectiva crítica, tendo como referência a cidade de Boa Vista, capital do Estado de Roraima. A rede de proteção é definida como uma mediação de forças e de poder que se pactua, atuando formal ou informalmente. Salienta-se que os direitos sociais previstos na legislação devem ser efetivados numa rede de proteção. A metodologia da pesquisa consistiu de entrevistas semiestruturadas com duas gestoras da área da Saúde e uma da área de Assistência Social e de quatro grupos focais (dois de cada área) com pessoas idosas, além de um mapa de serviços e de seus vínculos no território. Os resultados mostram que a mediação da proteção em redes se faz com pouca interatividade institucional pactuada e apenas informalmente, por meio de contatos, embora se reconheça um paradigma de ação integrada.

Palavras-chave: Rede de Proteção. Idosos. Saúde assistencial.

ABSTRACT – This article deals with the paradigm and the effectiveness of social net protection in the fields of health and social assistance, in a critical perspective, in the Roraima capital, Boa Vista, Brazil. The social net protection is defined as a mediation of power forces agreed in formal or informal practice. This work deals with the elderly rights to social protection net in the Brazilian Constitution and laws, questioning the effectuation of these rights and protagonism. This research collected the evaluation of the the managers and users by means of four focal groups with the elders and three semi-structured interviews with the managers. The results had shown that it has only informal connection between the services, established in a personal relations, and not in a institutional and political agreement.

Keywords – Social Protection Net. Elders. Boa Vista.

^{*} Assistente social, PhD em sociologia, professor do Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, Brasília – DF, Brasil. E-mail: vicentefaleiros@terra.com.br

^{**} Assistente social, mestre em gerontologia pela Universidade Católica de Brasília, atualmente é assistente social da Prefeitura de Boa Vista – RR, Brasil. E-mail: janeskaraposo@yahoo.com.br
Submetido em: março/2011. Aprovado em: setembro/2011.

Este artigo discute a questão de redes de proteção nas políticas públicas e sua efetivação concreta relativamente às pessoas idosas no município de Boa Vista/RR, levando-se em conta as áreas de Assistência Social e Saúde por serem as que mais se articulam na garantia da Seguridade Social.

Num primeiro momento apresentamos a questão dos direitos à proteção em rede na legislação, para em seguida trabalharmos a conceituação de redes e, finalmente, analisarmos sua efetivação no território. Nossa questão básica é de que embora exista uma previsão de articulação em redes na legislação, sua efetivação é um processo complexo que depende do contexto socioeconômico e de um pacto político bem articulado. Na prática, a perspectiva de trabalho em redes vai se construindo informalmente a partir de contatos entre gestores, mas a população ainda percebe os serviços de forma isolada e fragmentada, conforme a cultura política dominante.

Os direitos assegurados em redes de proteção

As legislações brasileiras e programas de ação estão fazendo referência explícita à atenção em redes, o que se expressa, por exemplo, no Programa Nacional de Políticas para Mulheres, na Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, nas políticas públicas sobre drogas, no Sistema Único de Assistência Social, no Pacto pela Saúde, dentre outras. A expressão intersectorialidade já faz parte dos textos legislativos como um desiderato, ou mesmo um horizonte na garantia dos direitos humanos de crianças, mulheres, idosos, beneficiários da Assistência Social ou usuários da Saúde.

A partir de análises de eficácia da tomada de decisões, da disponibilidade de novas tecnologias e das críticas feitas à cultura da fragmentação, estão sendo propostos novos arranjos para as políticas públicas como conselhos e parcerias (FALEIROS, 2010b), redes de políticas públicas (MASSARDIER, 2006) ou mesmo como novo formato do governo (GOLDISMITH; EGRS, 2006). A governança em redes leva em conta também a experiência de empresas privadas e as contribuições do Planejamento Estratégico (MATUS, 1997), que buscam articular os atores na consecução de objetivos de longo, médio e curto prazo.

As ações estratégicas de articulação em redes se desenvolvem, no estado democrático e na agenda pública, a partir da perspectiva da cidadania e do pacto de direitos, conforme o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH 3, estabelecido pelo Decreto 7.037 de 21 de dezembro de 2009. Essa agenda pública, no entanto, convive com as agendas ocultas (*hidden agendas*) de promoção e defesa de interesses e *lobbies*, articulados à manutenção da ordem econômica capitalista e do poder do bloco dominante (FALEIROS, 2010b). Essa contradição entre as práticas cidadãs e a legitimação de direitos e a economia dominante do capitalismo advém do próprio processo contraditório das relações entre Estado/sociedade/economia. Essa relação contraditória implica tensões entre Estado e mercado, acentuadas em favor desse último no contexto neoliberal. As conquistas de direitos se apresentam num equilíbrio instável entre estrutura e superestrutura. Trata-se, antes de tudo, de uma pactuação das forças em presença no processo de hegemonia e contra-hegemonia, como aponta Gramsci (1988), ao asseverar que a estrutura e as superestruturas desenvolvem um “bloco histórico, o conjunto complexo, conflitante e desarmônico das superestruturas, que é o reflexo do conjugado das relações sociais de produção”. Para ele, o processo dialético provoca uma reciprocidade entre a estrutura e a superestrutura. (GRAMSCI, 1988)

Os direitos da pessoa idosa se estabeleceram conforme um processo de relação entre sociedade, economia e política (FALEIROS, 2008), consolidados na Constituição de 1988, na Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994 e no Estatuto do Idoso, de 2003. Tanto a PNI, como o Estatuto do Idoso estabelecem a atenção integrada à pessoa idosa nas diferentes políticas, sendo que o Estatuto do Idoso define os direitos e o estabelecimento da rede de proteção. A legislação social fortalece o quanto é necessário

debater e depositar na agenda política o debate sobre o lugar social tomado pela população idosa na realidade brasileira (CAMARNO, 2004). Tanto a Política Nacional do Idoso como a Política Nacional de Saúde do Idoso, a Portaria 2528 de 19 de outubro de 2006 e o Estatuto do Idoso, Lei 10.741/2003, possibilitam assegurar o lugar social de cidadania e de garantia de Proteção Social à pessoa idosa, reconhecendo-se que “é exercício, é movimento [...] um processo de aprendizagem social na edificação de novas formas de relação, contribuindo para a formação e a composição de cidadãos como sujeitos sociais ativos” (BRUNO, 2003).

A garantia de proteção – cobertura de necessidades – está articulada à autonomia e à participação, afirmando-se que a Política Nacional do Idoso (PNI) “tem por desígnio garantir os direitos sociais do idoso, criando qualidades para promover sua autonomia e participação real na sociedade” (art. 1º), com articulação da família, do Estado e da sociedade, defendendo sua “dignidade, bem-estar e o direito à vida” (art. 3º).

No entanto, o direito formal não configura garantias efetivas. Esse é o eixo da crítica à cidadania burguesa feita por Marx (2005). Já em 1843 afirmava que é imprescindível emanciparmo-nos politicamente como seres humanos para podermos ligar o direito formalmente constituído às condições reais existentes. Em nossa sociedade, o ser humano está intimamente ligado ao processo de trabalho, à produção, à construção de família e ganhos. Diante disto, aposentar-se pode significar uma fase ameaçadora e até desastrosa (BARROS, 2000). Mas foi no contexto da Seguridade Social que se conseguiu mudar de paradigma em relação às provisões da velhice, pois nas sociedades tradicionais não se conformava um sistema protetor nem se concretizava um direito afirmado ao cidadão protegido (MORAES, 2002).

Por Proteção Social entende-se o conjunto articulado de ações que visam prevenir riscos, diminuir impactos que podem trazer danos à vida das pessoas, e, portanto, à vida em sociedade. A proteção implica inclusão que denota fazer parte, se sentir pertencente, ser envolvido em sua qualidade da vida e de humanidade. É se sentir pertencente como pessoa humana, individual e ao mesmo tempo grupal (BRUNO, 2003, p. 74-83). A rede de proteção faz parte do pacto democrático que, territorialmente, foi estabelecido pelo compromisso dos atores e gestores do sistema, com participação dos sujeitos e da sociedade. O pacto constitucional que estabelece a proteção se demonstra na lei que garante direito, mas só se ativa no pacto de cuidados e serviços no território, com participação (protagonismo) do sujeito, com recursos e pessoal, e com articulação dos gestores do sistema. A sociedade só se torna menos injusta se existir efetividade do pacto na diminuição das desigualdades e das injustiças.

A Proteção Social está explicitada na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e “consiste no conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para redução e prevenção do impacto das vicissitudes sociais e naturais ao ciclo da vida, à dignidade humana e à família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional”. Assim, a Proteção Social implica, ao mesmo tempo, direitos, sistema de garantias, rede de atores e compromissos, sendo o idoso um de seus principais beneficiários. Os serviços de Proteção Social básica são executados de forma direta nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e em outras unidades básicas e públicas de Assistência Social, bem como de forma indireta, nas entidades e organizações de Assistência Social da área de abrangência dos CRAS e por meio dos CREAS (Centros de Referência Especializados em Assistência Social), para situações específicas de violência ou vulnerabilidade. São considerados serviços de proteção básica de Assistência Social aqueles que potencializam a família como unidade de referência, fortalecendo seus vínculos internos e externos de solidariedade. Já a Proteção Social Especial de média complexidade envolve também o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), visando à orientação e ao convívio sociofamiliar e comunitário.

Na área da Saúde, a Constituição Federal de 1988 define o direito à saúde como direito de todos os brasileiros e dever do Estado, considerando as particularidades relativas à autonomia da pessoa idosa. Segundo a pesquisa realizada pelo SESC/Fundação Perseu Abramo, 68% dos idosos pesquisados declaram

utilizar o SUS e 24% usam planos particulares, demonstrando uma representatividade significativa para os mais pobres, pois 90% dos 30% mais pobres usam o SUS, indicando assim a importância das políticas públicas de atenção à saúde do idoso (SESC/FPA, 2007). O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a agenda de compromisso pela saúde no Pacto em Defesa da Vida, com prioridades para a pessoa idosa (BRASIL, 2006, p. 11). A promoção da saúde deverá ser norteadas pelas estratégias contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da família, tendo como referência a rede (sic!) especializada em serviços de média e alta complexidade. A Portaria GM 2.529, de 19 de outubro de 2006, institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.

Em Boa Vista, a Lei Municipal 917, de 27 de outubro de 2006 – que dispõe sobre a Política Municipal do Idoso – pretende criar condições para sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, com competências estabelecidas para os setores de Assistência Social e Saúde. O município tem centros de convivência para idosos e centros de Assistência Social, onde são realizados trabalhos com as famílias, e um centro especializado de Assistência Social. O governo do Estado é quem oferece uma única unidade de longa permanência e que não se encontra em condições muito adequadas.

Em relação às determinações previstas na presente lei, no âmbito da Saúde, constata-se que em sua efetivação funciona apenas a Secretaria Municipal de Saúde, que possui em seu organograma uma Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso, à qual compete apenas planejar e avaliar ações no âmbito da atenção básica, por intermédio de unidades de saúde. Não existe na rede municipal de saúde um profissional geriatra, nem qualquer outro serviço especializado previsto em lei. Compete ao órgão estadual a responsabilidade da gerência da média e alta complexidade. O Conselho do Idoso só foi criado em 2010, após reivindicações populares e cobranças dos órgãos fiscalizadores. Ainda, pela Lei Municipal 986, de 18 de outubro de 2007, devem ser assegurados à pessoa idosa a prioridade e o atendimento adequado.

Das redes de proteção

A proposta de redes, de trabalho integrado e articulado na defesa da cidadania, da autonomia, da independência e do direito das pessoas se contrapõe à perspectiva neoliberal de estado. Para Sônia Draibe (2007), o neoliberalismo cumpriu uma primeira fase de ataque ao keynesianismo e ao *Welfare State*. Na segunda fase, aparece menos agressivo, visando à focalização, privatização e descentralização dos direitos sociais, mas ainda persiste em “desuniversalizar” e “assistencializar” as ações, cortando gastos sociais.

O trabalho em redes de proteção deve ser contextualizado em relação a um Estado de desproteção de direitos, mas é fundamental, como o fazemos nessa pesquisa, buscar considerar os direitos na ótica dos sujeitos que os pronunciam, o que significa, de partida, recusar a ideia corrente de que esses direitos não são mais do que a resposta a um suposto mundo de necessidades e carências (TELLES, 1999, p. 181). Busca-se também desconstruir uma visão apenas jurídica dos direitos para se instituir categorias políticas para a consolidação desses direitos na prática social (DAGNINO, 1999, p. 407).

A construção de redes sociais é uma categoria e uma expressão política da ação do poder público, à medida que pressupõe um pacto de direitos e um pacto estratégico-operacional para sua efetivação e efetividade (FALEIROS, 2010a). A noção de redes sociais de proteção tem suas raízes conceituais construídas nas ciências sociais a partir de perspectivas muito diversificadas, bastante referenciadas em situações empíricas particularizadas. Destacam-se duas vertentes principais iniciais nessa construção dentro da perspectiva funcionalista descritiva da interação social: uma que buscava na noção de rede

uma explicação para a estrutura social, a qual era caracterizada como sendo uma rede de relações realmente existente (Radcliffe-Brown e seus seguidores, a partir da década de 1940); e outra que encontrava nessa noção uma forma para descrever as relações sociais primárias do cotidiano, tipificando-as em fechadas ou abertas, elos fortes ou fracos (Barnes e outros). Barnes (1987, p. 187) distingue as redes de relações sociais do “conjunto de ação” das redes que emergem num contexto específico para desempenhar uma tarefa determinada. Surge, então, mais um elemento diferenciador para examinar a constituição das redes sociais: a definição da unidade de análise, tomando-se em consideração os atores sociais envolvidos; ora essa é investigada como rede de relações interindividuais, ora como rede formadora de ações coletivas (DIAS, 2005).

As redes de apoio social ao idoso podem ser: a) formais – políticas públicas direcionadas à população idosa em geral, agregando ocupação de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos da previdência social, dentre outros e b) informais – relações apontadas pelo reconhecimento pessoal e pela eventualidade que auxiliam o idoso a conservar os vínculos de proximidade. Considera-se como rede primária a família, a sociedade, os amigos e os vizinhos. A rede de serviços constitui uma rede secundária, que pode ser efetivada informalmente por meio de contatos e de relações interpessoais. Todas essas relações que implicam na vida social do idoso colaboram para a proteção e o apoio na segurança dos direitos previstos por lei (LEMOS, 2002).

Existe um campo ético-político em que atores coletivos, portadores de identidades diversas, com base em relações sociais interpessoais preexistentes, superam a visão restrita de grupos locais na construção de redes ou de redes de redes políticas, mais abrangentes, articulando-se, finalmente, em redes movimentalistas de ONGs e movimentos populares (DOIMO, 1995; GOHN, 2010; FALEIROS, 2010 b).

Na perspectiva da teoria sistêmica, como processo de múltiplas relações, a rede é vista como compartilhamento e intercâmbio, conforme Dabas (1995, p. 18):

[...] a rede implica num processo de construção permanente, tanto individual quanto coletivo. Neste ponto diríamos que é um sistema aberto que através de um intercâmbio dinâmico entre seus integrantes e com integrantes de outros grupos sociais, possibilita a potencialização dos recursos que possuem. Cada membro de uma família, de um grupo ou de uma instituição se enriquece através das múltiplas relações que cada um dos outros desenvolve. As aprendizagens diversas que uma pessoa realiza se potencializam quando são socialmente compartilhadas em busca da solução de um problema comum.

Numa visão muito ampla, Sluski (1997) considera que a rede social compreende o conjunto de tudo com que o sujeito interage, tudo que faz parte da rede relacional do indivíduo. Os relacionamentos com a família e os amigos pressupõem troca de afeição, compreendendo a rede primária e constituem, junto com a comunidade (amigos e vizinhos), lugares próximos de proteção e inclusão social, onde as pessoas encontram companhia e a possibilidade de compartilhar confidências, prover serviços ou auxílio em atividades cotidianas. As redes secundárias são constituídas por serviços próximos ou não dos sujeitos, mas com acesso possível e viável.

Na perspectiva dialética, diferentemente dos autores anteriormente citados, para Faleiros (1999, p. 53), a construção de redes pressupõe mediações que se implicam mutuamente no contexto de relações histórico-estruturais, constituindo redes de mediações ou mediações em redes articuladas. As mediações são, ao mesmo tempo, expressões de conflitos da realidade, pensados teoricamente, e construção de estratégias para seu enfrentamento na interação entre atores e forças em presença. Sendo assim, as mediações em redes podem ser expressas num gráfico complexo onde se destacam tanto as conexões individuais como as coletivas que representem a trama em que se foram tecendo, em conflito e consenso nas relações sociais, articulando-se historicidade e cotidiano.

As mediações das relações de trabalho, da família, da cultura, de gênero e de raça revelam-se nas suas dimensões teóricas e estratégicas nas relações do dia a dia com as políticas, o estado e a própria sociedade. Faleiros (1999) considera que os atores presentes nas redes não são sujeitos isolados e as forças de enfretamento das questões estabelecem-se em mediações complexas, nas quais implicam as redes primárias e secundárias, com presença dos agenciamentos, conhecimentos, recursos institucionais. Segundo Faleiros (2007, p. 49, 2010a), a rede de proteção se constrói a partir do pacto democrático que foi articulado territorialmente pelo compromisso dos atores e gestores de políticas públicas, com participação dos sujeitos e da sociedade civil organizada. Efetiva-se no pacto de cuidados e serviços articulados, com participação (protagonismo) dos sujeitos sociais, com recursos, com pessoal e com compromissos dos gestores públicos. A sociedade só se torna menos injusta se houver efetividade do pacto na redução das desigualdades e das iniquidades. Nesse sentido, a Proteção Social em rede implica uma dinâmica permanente (ou permanência de uma dinâmica, mesmo paradoxal) de contratualização dos atores, dos agentes sociais para garantir e efetivar direitos estabelecidos.

Metodologia e instrumentos da pesquisa de campo

A pesquisa de campo teve caráter qualitativo descritivo, conforme Soriano (2004, p. 26), buscando-se compreender como a questão da integração da rede de Proteção Social é vista ou percebida tanto por gestores como por usuários idosos. A pesquisa também foi embasada na cartografia, localizando os serviços da rede no território e considerando as instituições públicas, a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Trabalho. A investigação foi realizada em agosto de 2009, com os gestores desses serviços de saúde e Assistência Social de Boa Vista por meio de entrevistas semiestruturadas (MINAYO, 1992) que tratavam da sua integração e de efetividade no sentido de inquirir sobre o desenvolvimento de ações em lógica de rede. Para o tratamento de conteúdo dos dados, utilizou-se a análise temática ou categorial, estruturada por Laurence Bardin (2008). Nessa perspectiva buscou-se uma triangulação metodológica, articulando os dados das entrevistas com o mapeamento do território e realização de grupos focais.

O grupo focal teve como característica comum a idade (60 anos ou mais), as condições socioeconômicas, a frequência do uso do serviço da Saúde e da Assistência Social por parte das pessoas idosas. Dois grupos foram de pessoas frequentadoras das unidades básicas de saúde, um com oito participantes e outro com 12 participantes de ambos os sexos. Dois grupos foram com pessoas frequentadoras dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e aí atendidas, sendo um com 10 participantes e outro com 8 participantes de ambos os sexos. A seguir apresenta-se o mapa dos serviços e seus vínculos no território.

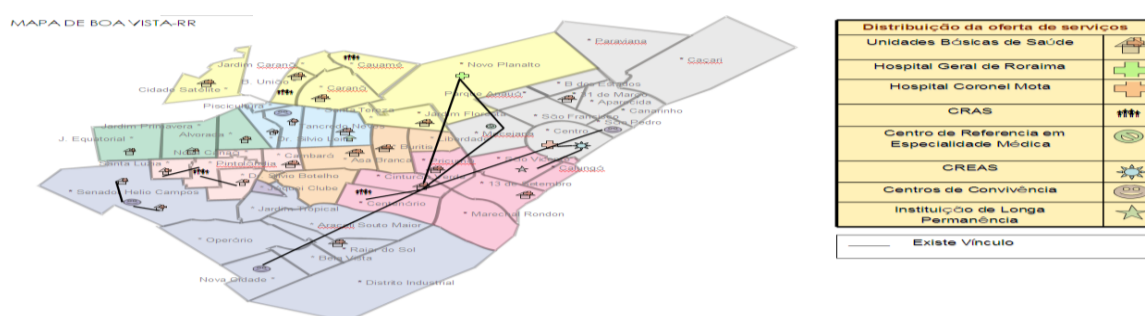
A relação entre serviços no território segundo o mapeamento

O município de Boa Vista, criado em 1890 com o nome de Boa Vista do Rio Branco pelo governador do Estado do Amazonas, Augusto Ximeno de Villeroy, teve sua instalação feita em 25 de julho do mesmo ano (FREITAS, 1996). Sua população foi estimada em 2007 pelo IBGE em 249.853 habitantes, com área territorial de 5.687,064 km (IBGE – Resolução 05, de 10/10/2002). Trata-se de uma cidade tipicamente administrativa (sede dos poderes Executivos, Legislativos e Judiciário), que concentra também os serviços de todo o Estado, principalmente os bancários, de transporte e de comunicação (FREITAS, 1996). Na área da Saúde Pública, Boa Vista dispõe de 39 unidades de saúde, incluindo o Hospital Geral de Roraima e Pronto Socorro, o Hospital da Criança Santo Antônio e a Maternidade Nossa Senhora de Nazaré, que servem de referência para todo estado e países vizinhos (Venezuela e Guiana Inglesa), apoiados por um hemocentro, um centro de diagnóstico por imagem e um laboratório de

análises clínicas. Na área privada, o município conta com três hospitais, sendo um especializado para atendimento à mulher. No âmbito da Assistência Social, Boa Vista possui 14 unidades distribuídas na cidade, incluindo uma única Instituição de Longa Permanência, do governo estadual. Para melhor entendimento da distribuição dos serviços de proteção à pessoa idosa no território de Boa Vista/RR, foi elaborado um mapa da cidade localizando alguns serviços existentes, destacando as seguintes características: tipo de serviço e vínculo entre os serviços.

É importante notar que o vínculo existente não significa trabalho em rede, mas um contato, uma comunicação que pode ser efetivada pelo conhecimento entre os atores investidos de função profissional. Esta vinculação pode até caracterizar uma rede informal.

Veja o mapa abaixo:



Fonte: Entrevista realizada com os gestores, 2009. Organização e elaboração: Janeska Rapozo.

Os serviços de convivência e de atenção básica de saúde estão distribuídos nos bairros do território, enquanto os serviços de média e alta complexidade, tanto da Saúde quanto da Assistência Social (Hospitais e o Centro de Referência de Assistência Social), encontram-se centralizados. A vinculação funciona de modo fragmentado e informal, por meio de contatos e documentos eventuais encaminhados em respostas às demandas pontuais, consta que alguns nem vínculos informais possuem.

A percepção de gestores da Secretaria Municipal de Saúde

Na perspectiva da análise de conteúdo por temas, conforme o enfoque metodológico adotado, destacam-se quatro temáticas quanto à rede de proteção à pessoa idosa na perspectiva de gestores da saúde: existência de uma referência paradigmática desses serviços, uma estratégia de operação voltada para a pessoa idosa, mas a oferta de serviços é concentrada e a integração é informal.

A referência paradigmática desses serviços de saúde está bem estabelecida pelo Pacto pela Vida e políticas nacionais de Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Política Nacional do Idoso (PNI) e a Política de Humanização no SUS. A coordenadora relata ainda que o objetivo é dar maior resolubilidade às necessidades da população idosa atendida no âmbito da Atenção Básica, por intermédio de ações de promoção de hábitos saudáveis, prevenção de agravos e recuperação da saúde, incluindo a participação da rede de suporte social, familiares e cuidadores, conforme determina a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria GM 2.528, de 19 de outubro de 2006, na qual define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da família, tendo como referência a rede especializada de serviços de média e alta complexidade.

No entanto, a oferta de serviços, na visão da coordenadora municipal de saúde do idoso de Boa Vista/RR, os serviços estão concentrados, confirmando-se a observação feita no mapa, principalmente no âmbito da Atenção Básica. Como espaço prioritário de organização para a pessoa idosa, usa estratégias

de atendimento integral, tendo como eixo estruturante o Programa de Saúde de Família, que hoje corresponde a 53 equipes, distribuídas em 31 unidades de saúde nos bairros de Boa Vista, que promovem articulações intersetoriais com os demais níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando a ampliação do acesso com qualificação e humanização para a pessoa idosa.

Para a gestora, “ainda não há integração dos serviços mesmo entre a dimensão estadual e municipal”. A coordenadora do Programa de Atenção a Saúde do Idoso e a superintendente da Atenção Básica da Secretaria Municipal Saúde de Boa Vista relataram que o alcance dessas metas exige uma articulação maior com o estado, devido ao atendimento de média e alta complexidade, bem como uma maior articulação com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho, devido às condições socioeconômicas dos idosos atendidos pelo SUS, conforme afirma a coordenadora do Programa:

Para o alcance das metas são realizadas ações de orientação para o cuidado com acidentes domésticos onde os profissionais da Estratégia Saúde da Família intensificaram os trabalhos, focalizando as ações para os idosos mais frágeis que tenham sua função cognitiva comprometida, avaliando os seguintes fatores durante a visita domiciliar: ambiente doméstico e dinâmica familiar. E durante esses atendimentos, os profissionais identificam casos sociais que necessitam de encaminhamentos e respostas ágeis que possam contribuir no processo de recuperação da saúde do idoso.

A seguir, o depoimento da superintendente de Atenção Básica:

Quando um profissional orienta seus usuários, ele precisa conhecer os serviços existentes para realizar os encaminhamentos para outros serviços que vão além da saúde, porém, muitas vezes nossos profissionais ficam numa luta solitária em busca de soluções para os casos de âmbito social.

Observa-se que os profissionais ainda trabalham na perspectiva do atendimento individual e do encaminhamento, sem formação ou proposta de rede. O que acontece em conjunto é eventual, ou seja, não sistemático, informal, pois pode-se observar que há uma rede informal de contatos, conforme a expressão da coordenadora de Programa. Segundo a superintendente de Atenção Básica, quando necessário, são realizadas algumas ações conjuntas com a Assistência Social em que são definidas por meio de solicitações via ofícios. Seguem abaixo alguns relatos sobre esse processo:

Como ofertamos serviços de saúde, muitas secretarias planejam isoladamente ações e solicitam por documento atendimento de saúde, de forma pontual e não articulada, dificultando muitas vezes a contemplação dessas solicitações, visto que já temos nossas programações.

É importante sempre lembrar que os idosos atendidos nos projetos sociais, muitas vezes, são os mesmos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, que tem como condição básica a manutenção e melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a lhes garantir permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente as suas funções na sociedade.

No entanto, a superintendente da Atenção Básica reconhece que a falta de uma rede pactuada entre as duas secretarias dificulta a resolubilidade do atendimento na saúde, uma vez que o objetivo do

programa é o bem-estar físico, psicológico e social da pessoa idosa. Há reconhecimento de que não existe um atendimento em rede com as demais instituições, apenas referência à atuação conectada entre os próprios serviços da saúde e algumas ações pontuais intersetoriais, embora a intersetorialidade esteja presente em todo o discurso oficial das políticas sociais, como foi salientado acima. A seguir a análise temática a partir da visão da área de Assistência Social.

A rede para Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

A partir da pré-análise e análise das entrevistas, foram relevados os quatro temas já mencionados no item anterior: existência de uma referência paradigmática desses serviços, uma estratégia de operação voltada para a pessoa idosa com objetivos de prevenção e com integração informal.

O tema da velhice aparece nas falas desses gestores como um paradigma de atendimento ainda falho, “de segundo plano”. Foi relatado, pela entrevistada, que Boa Vista, por estar situada no extremo norte do país, tem como característica uma população composta por migrantes, advindos principalmente do nordeste brasileiro, dos estados do Amazonas e Rondônia, sendo 60% da população jovem (abaixo de 30 anos). Em decorrência dessa realidade, a política do governo, tanto estadual quanto municipal, tem deixado de lado os programas de atenção ao idoso:

Efetivamente, a questão da velhice sempre foi colocada em segundo plano e o resultado é uma sociedade carente desses programas e serviços, sem ações eficazes para essa população, que em sua maioria vive em situações precárias de sobrevivência (diretora dos projetos sociais).

Quanto à oferta de serviços há a perspectiva de prevenção e compreensão da necessidade de articulação conforme o discurso da diretora de Planejamento e Gestão da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Trabalho de Boa Vista/RR. Segundo ela, as linhas prioritárias de ações de sua Secretaria são de investimentos para a melhoria gradativa dos índices de desenvolvimento humano, envolvendo, portanto, ações de caráter preventivo e educativo atreladas às políticas das áreas de: educação, saúde, segurança, trabalho e renda, esporte e lazer, social, entre outras. Atualmente, as ações da Secretaria estão distribuídas nos seguintes serviços: 4 (quatro) Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), 1 (um) Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e 4 (quatro) Centros Múltiplos Uso. Nesses espaços funcionam 14 projetos, dentre eles o “Cabelos de Prata”, que tem aproximadamente 900 idosos participantes (trata-se de um grupo de convivência). Como acontece na maioria das práticas de Assistência Social, a estratégia de atenção está fundada na questão da renda, ao mesmo tempo como linha de corte e como direito, como vimos acima. Segundo a diretora dos projetos, grande parte dos idosos de Boa Vista vive com renda própria e/ou familiar abaixo da linha da pobreza, insuficiente para atender suas necessidades básicas de saúde e nutrição, muito menos de lazer, além da convivência e formação. Diante dessa realidade, em 2006 foi iniciada a implantação de medidas para reverter essa situação:

Em razão dessa realidade, a Prefeitura de Boa Vista vem se preocupando em viabilizar mecanismos para obter recursos que visem o financiamento de ações de atendimento à pessoa idosa. Dentro dessa linha, o Projeto “Cabelos de Prata” se adéqua perfeitamente a esse propósito. O trabalho proposto promove o idoso através do fortalecimento de práticas associativas, laborais e educativas, favorecendo a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, assim como no seu âmbito familiar, no convívio com a comunidade e seu próprio bem estar pessoal e social (diretora dos projetos sociais).

De acordo com Faleiros (2007), a proteção se efetiva, em primeiro lugar, pela garantia de renda aos idosos, como a Previdência e transferência de renda, articulada aos serviços, como preconiza a Lei Orgânica da Assistência da Social (LOAS).

Quanto ao tema integração, pode-se destacar que há uma conexão fluida entre os serviços, do tipo rede informal, por meio de encaminhamentos. Quanto à integração entre Saúde e Assistência Social para a pessoa idosa, uma vez que esses idosos realizam atividades físicas nos centros de convivência, a diretora considerou a questão importante e preocupante, visto que as ações são realizadas com muita dificuldade, uma vez que vivem de acordo com a Secretaria de Saúde, no que se refere ao atendimento aos idosos no SUS, nos quais são atendidos ou encaminhados verbalmente para as unidades de saúde. Esporadicamente, os profissionais de saúde realizam visitas aos centros de convivência. Um pacto técnico-político como mediação, como propõe Faleiros (2010a), inexistente entre os gestores municipais e dificulta a continuidade das ações:

A falta de um acordo definitivo entre os gestores do próprio município é um problema constante para a realização das ações no âmbito da Assistência Social e principalmente no caso dos idosos que necessitam de um olhar diferenciado, devido às limitações de saúde. Trabalhamos muitas vezes através de uma relação de troca de favores com a Saúde, quase constantemente solicitando acompanhamento de saúde, que nem sempre é atendido, devido à Saúde já ter sua agenda de atendimento (diretora dos projetos sociais).

Embora haja uma perspectiva de conexão e pacto para a atuação em rede, configura-se na prática política e na prática profissional na atenção à pessoa idosa, uma mediação informal e interpessoal, de caráter mais infrapolítico que politicamente construído numa visão estratégica. Sousa et al. (2008, p.1418) também constata que

na fala dos representantes das instituições de proteção ao idoso, ao responderem sobre a articulação das instituições para a garantia dos direitos dos idosos, verificamos a grande carência de órgãos e recursos para um funcionamento adequado da rede de proteção.

A integração dos serviços na expressão das pessoas idosas

Nesta seção apresentam-se os conteúdos dos grupos focais, com a expressão de idosos e idosas sobre a integração dos serviços de Saúde e de Assistência Social que deveriam ser articulados em rede, conforme a Política Nacional do Idoso. A expressão das falas corresponde à percepção da questão por parte dos sujeitos da pesquisa e está articulada ao contexto e às trajetórias de vida dessas pessoas (ABBAGNANO, 2000). As temáticas levam em conta tanto os referenciais expostos como a pré-leitura e leitura das expressões dos grupos focais (BARDIN, 2008). Três temáticas foram ressaltadas na análise de conteúdo: a questão da proximidade dos serviços, as falhas dos serviços e a integração dos serviços.

A proximidade é fundamental não só para acesso burocrático, mas leva em conta o conhecimento e a locomoção no território. A maioria dos idosos participantes dos grupos relatou frequentar as Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista mais próximas de suas residências. Desta forma, os serviços ofertados por essas unidades representam:

Facilidade no acesso aos serviços, criando uma relação mais próxima com os profissionais (M. R., 62 anos).

Não tenho do que reclamar quando sou atendida no posto (A. C., 60 anos).

Toda vez que vou marcar a consulta tem vaga e não preciso enfrentar fila. No meu posto tenho prioridade (G. S., 69 anos).

Alguns idosos mostram que há vaga, mas outros informaram ter dificuldades de atendimento nas unidades de saúde. Quanto às falhas dos serviços, reclama-se da falta de medicação e da longa espera para marcação de exames e salienta-se a condição econômica da desigualdade de renda, como informaram:

Sinto falta de um geriatra na rede pública de Boa Vista, quando preciso tenho que esperar muito porque só tem um e para todo o estado (J. A., 73 anos).

Marcaram uma consulta para cinco meses e às vezes o médico falta e não tem aparelho de Raio X (E. S., 68 anos).

O que é um salário mínimo para o número de medicação que eu compro? (M. F., 73 anos).

Na terceira temática, em relação à integração, as pessoas idosas demonstraram insatisfação devido à falta de articulação entre os serviços do âmbito da Atenção Básica com a média e alta complexidade do SUS, dependendo do contato informal:

Temos atendimento do médico clínico, mas o encaminhamento para alguns exames e atendimento com especialistas é por nossa conta para marcar (M. E., 64 anos).

Quando preciso, a diretora da unidade de saúde tenta marcar consulta de oftalmologia pra mim, mas nem sempre dá certo (Z. C., 81 anos).

Diferente dos demais, uma idosa explicou ter plano de saúde e “agradecer a Deus” por não precisar dos serviços do SUS, salientando-se a desigualdade de acesso às políticas públicas. Outro informou que acredita que o fato de ser bem atendido deve estar associado ao bairro em que reside, onde tem moradores com condições socioeconômicas favoráveis.

Os idosos participantes do grupo focal referente à Assistência Social são frequentadores do centro de convivência “Cabelos de Prata”, onde realizam algumas atividades educativas e de lazer, além de receber os demais serviços ofertados pelo CRAS. Em relação ao nível de escolaridade dos entrevistados, a maioria tem o ensino fundamental. Quanto à renda, a maioria recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Retomam-se as três temáticas já referidas na análise de conteúdo anterior: proximidade, falhas e interconexão.

O acesso e proximidade estão condicionados pelo nível de renda, mesmo frequentando o centro. Diante do quadro socioeconômico desses idosos é compreensível a preocupação presente, na fala dos entrevistados, quando se referiam à bolsa de R\$ 80,00 (oitenta reais) por mês ofertada pelo centro aos frequentadores, como forma de incentivo à participação no grupo, porém, nem todos têm esse direito garantido: “Estou neste centro há 1 ano e nunca que (sic) recebi a bolsa, não acho justo” (B. V., 62 anos).

Quanto às falhas e ao atendimento há diversidade de expressão da percepção. As opiniões das idosas quanto ao atendimento nos centros de convivência do CRAS encontram-se divididas. Um

consideraram o atendimento satisfatório, outras consideraram que poderiam melhorar muito, com decepção em relação a suas expectativas, mas como um lugar de alívio para os problemas:

As atividades se resumem à prática de atividade física nos centros de convivência, esperava uma variedade de atividades (J. E., 61 anos).

Eu gosto do centro de convivência porque, quando estou aqui, esqueço dos problemas de casa com filho e neto (R. F., 78 anos).

Quanto à integração, terceira dimensão temática, apresentam-se as dificuldades de atendimento quanto à relação entre os serviços da Saúde e da Assistência Social. Disseram que não existe aproximação entre esses serviços, o que dificulta o seu acesso a eles, ainda sendo responsabilizados pelas ações a que são encaminhados, pois “tudo é por nossa conta”:

Não somos encaminhados para o serviço médico (A. T., 60 anos).

O centro não tem contato com a saúde, é tudo por nossa conta (V. M., 83 anos).

Nós não somos encaminhados para outros serviços (L. P., 64 anos).

Deveríamos ter acompanhamento médico também, porque a gente faz atividade física e deveria ter acompanhamento médico (C. N., 71 anos).

Em sentido oposto um agente comunitário de saúde informou sobre o centro de convivência “Cabelos de Prata” e explicou quais os procedimentos para fazer parte, porém, nem todos têm essa orientação ou acesso às informações dos serviços ofertados por outra secretaria.

As redes informais são a forma de mediação existente entre os gestores e os usuários, mediação das relações complexas de poder implicado em informação, atendimento, contatos, dispositivos, como lembra Faleiros (2010a), ao falar de redes e correlação de forças, mas se configuram como um processo contextualizado na falta de um pacto político que assegure direitos de forma efetiva, como preconizam a legislação e a consideração da cidadania enquanto reconhecimento de direitos num Estado de direito. A precarização dos serviços públicos num contexto globalizado, marcado pelo neoliberalismo ou pela redução do Estado em favor do mercado, com planos de saúde privados, não propicia condições de uma articulação consistente entre os mesmos, com a formação de um pacto político, de uma vontade coletiva e de pressão dos usuários que pode contribuir para novas mediações de poder instituintes de relações articuladas de proteção em rede.

Considerações finais

A pesquisa confirma o mesmo resultado obtido por Souza (2008, p. 1418), ao assinalar que as instituições por ela pesquisadas “não funcionam como uma rede articulada e integrada”, pois cada uma delas exerce suas funções de modo separado, mas, apesar disso, podemos identificar que existe um fluxo mínimo de atendimento.

Esse achado da pesquisa também é consensual entre os gestores da saúde e da assistência em relação à falta de ações articuladas de forma pactuada e mediada politicamente, o que dificulta a resolubilidade dos serviços e traz insatisfação dos próprios usuários não somente nas interconexões entre SUS e SUAS, mas nas interconexões do próprio SUS.

Nessa perspectiva os direitos preconizados na legislação não são efetivados nas relações entre os serviços e dentro do mesmo sistema, por exemplo, não há garantias de atendimento nas médias e altas complexidades, onde se encontram os serviços especializados, segundo as falas coletadas. Ao mesmo tempo, há falta de planejamento das ações de forma articulada entre a Saúde e Assistência Social, inexistindo a mediação política para que a rede de proteção funcione. As gestoras entrevistadas assinalam que devem estar articulando os projetos mútuos entre Saúde e Assistência Social. A comunicação e a gestão conjunta são parte essencial da estratégia de trabalho em redes.

O paradigma da intersectorialidade é um horizonte que “deveria” existir na fala dos gestores, tornando os serviços mais próximos entre si. A proximidade dos serviços para os usuários é fundamental, exigindo-se que a proximidade política seja articulada à proximidade territorial e à proximidade com o usuário. Isto implica uma informação rápida e consistente para os usuários.

Ao analisarmos o mapa de distribuição podemos observar que os serviços de convivência e de atenção básica de saúde estão distribuídos nos bairros do território. A relação entre eles funciona de forma fragmentada e informal, por meio de contatos e documentos eventuais encaminhados em resposta às demandas pontuais, não existindo nenhum pacto político para sua articulação. Essa pactuação para a formação de redes é condição que Faleiros (2010) considera fundamental para que elas se tornem efetivas.

Pelas interações existentes, mesmo no contexto de tensões trazidas pelo neoliberalismo, verificamos um paradigma jurídico-político de reconhecimento de direitos e de protagonismo da pessoa idosa, mas a efetivação dos mesmos é precária, exigindo-se o aprofundamento e mudanças nas formas de articulação desses serviços com o protagonismo dos usuários, contrariamente à sua mercadorização, com a garantia de acesso universal do idoso a centros onde se torne protagonista de sua identidade, de sua cultura, de seus direitos, com renda, autonomia, independência e trocas sociais significativas.

Enfim, a metodologia do trabalho foi adequada ao estudo das redes, pois abordamos as dimensões da lei, da visão dos gestores, do território e da percepção das pessoas idosas. O uso de grupos focais e de entrevistas foi correto metodologicamente, pois permitiu ter uma triangulação de métodos que se adequaram ao respectivo universo, abrindo-se à consideração de Sanicola (2008, p. 76), de que o conceito e o paradigma de rede permitem que os agentes e os atores sociais implicados desenvolvam uma cooperação, conservando sua individualidade e autonomia. A ação em rede, efetivamente, dá espaço para uma forma integração que permite que as particularidades institucionais sejam preservadas. A rede constitui uma construção social e organizacional na qual é possível realizar o máximo de integração sem perder a diferenciação entre instituições e entre formal e informal.

Referências

- ABBAGNANO, N. *História da filosofia*. 4. ed. Trad. Nuno Valadas e Antonio Ramos Rosa. Lisboa: Presença, 2000.
- BARBALET, J. M. *A cidadania*. Lisboa: Estampa, 1989.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARNES, J. A. Redes sociais e processos políticos. In: FELDMAN-BIANCO, Bela (Org.). *Antropologia das sociedades contemporâneas: métodos*. São Paulo: Global, 1987.
- BARROS M. M. L. *Velhice ou terceira idade?* 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2000.
- BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde*. Brasília, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de gestão*. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Disponível em: <<<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 20 out. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento da pessoa idosa*. Brasília, 2006. (Caderno de Atenção Básica n. 19).

- _____. Presidência da República. *Lei Federal 10.741*, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso.
- _____. Ministério da Assistência Social. *Lei Orgânica da Assistência Social*. 3. ed. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria 2528/GM*, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- _____. Ministério da Saúde. *Lei Federal 8.842*, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso.
- _____. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- BRUNO, M. R. P. Cidadania não tem idade. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, ano 24, n. 75, p. 74-83, 2003.
- CAMARANO, A. (Org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.
- _____. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- COSTA N. E.; MENDONÇA J. M.; ABIGALIL, A. Políticas de assistência ao idoso: a construção da política nacional de atenção à pessoa idosa no Brasil. In: FREITAS E. V. et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1077-1082.
- COUTINHO, C. Nelson. Representações de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989. p. 47-60.
- DABAS, E. N. *Red de redes: las prácticas de la intervención redes sociales*. Buenos Aires: Paidós, 1995.
- DAGNINO, E. Concepciones de la ciudadanía en Brasil: proyectos políticos en disputa. In: CHERESKY, Isidoro (Comp.). *Ciudadanía, sociedad civil y participación política*. 2006. p. 407.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EDUSP, 2004.
- DIAS, L. C. *Redes, sociedades e territórios*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005.
- DOIMO, A. M. *A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
- DRAIBE, Sônia. Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, G. et. al. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FICORUZ, 2007, p. 27-64.
- FALEIROS, V. P. Construção de redes de proteção com a pessoa idosa. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, 2., 2010, Brasília. *Anais eletrônicos...* Brasília: SDH/PR, 2010. 166 p. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/idoso/anais_cndi_2.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.
- _____. *Estado e sociedade: parcerias e práticas contra a violência sexual*. Brasília: Universa, 2010b.
- _____. Direitos da pessoa idosa: sociedade, política e legislação. In: DANTAS, Bruno et al. (Org.). *Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois*. Brasília: Senado Federal. 2008. v. 5,, p. 562-592.
- _____. *Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil*. Módulo 4, Brasília, UnB/CEAD, 2000.
- _____. Cidadania e direito da pessoa idosa. *Revista Ser Social*, Brasília, UnB, n. 20, 2007, p. 35-61.
- _____. REBOUÇAS, M. Gestão social por sujeito/idade na velhice: a experiência do IDADI. In: FALEIROS, V. P.; LOUREIRO, A. L. *Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz*. Brasília: Editora Universa, 2006. p. 111-138.
- _____. *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1999.
- FERRARI, M. A. C. O envelhecer no Brasil. In: *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 197-203, 1999.
- FREITAS, A. *Geografia e história de Roraima*. Ed. rev. e ampl. Boa Vista: DLM, 2000.
- GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Liber Livro, 2005.
- GOLDSMITH, Stephen; EGGERS, William D. *Governar em rede*. Brasília: ENAP, 2006.
- GOHN, M. G. *Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo*. Petrópolis: Vozes, 2010.
- GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.
- LEMONS N.; MEDEIROS S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI M. L. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- MARX, K. *Crítica da filosofia do direito*. Tradutores: Rubens Enderle e Leonardo de Deus. São Paulo: Boitempo, 2005.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- MASSARDIER, Gilles. Redes de política pública. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Org.). *Políticas públicas: coletânea*. Brasília: ENAP, 2007. v. 2, p. 167-187.
- MATUS, Carlos. *Adeus senhor presidente: governantes governados*. São Paulo: FUNDAP, 1997.
- MERLEAU-PONTY. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MINAYO, M. C. de S. A vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós-industrial. *Arquivo de Geriatria e Gerontologia*, v. 4, n. 2, p. 169-181, 1997.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992.
- MORAES, A. *Direito constitucional*. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- RODRIGUES N. C. Política nacional do idoso: retrospectiva histórica. *Estudos Interdiscipl. Envelhec.*, n. 3, p. 149-58, 2001.
- RODRIGUES, N. PNI: retrospectiva da política nacional do idoso. *Revés do Avesso*, São Paulo, n. 14, p. 84-90, out. 2005.
- SANICOLA, L. *As dinâmicas de rede e o trabalho social*. São Paulo: Veras, 2008.

SESC/FPA. Síntese da pesquisa idosos no Brasil. Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. Disponível em: <www.sescsp.org.br>. Acesso em: 10 out. 2008.

SLUZKI C. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

SORIANO, Raúl Rojas. *Manual de pesquisa social*. Petrópolis: Vozes, 2004

SOUSA, A. M. V. *Tutela jurídica do idoso*. São Paulo: Alínea, 2004.

SOUZA, Edinilsa Ramos de et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2010.

TELLES, V. S. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.