

3

AS REFORMULAÇÕES NO SETOR DE SAÚDE

3.1 MOVIMENTOS PRECURSORES DA CONSOLIDAÇÃO DO SUS

No período compreendido entre 1975 a 1979, o contexto sanitário apontava para a necessidade de reformas institucionais. As organizações dos setores progressistas de profissionais de saúde possibilitaram as discussões teóricas acerca do setor e, junto à criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES (1975), procuraram ampliar a consciência sanitária e a politização do setor.

No dizer de Bravo (1996:46)

“a finalidade do CEBES foi gerar correntes de idéias que defendessem a saúde coletiva; produzir conhecimentos sobre a saúde da população; articular esses conhecimentos e demais produções da área com uma prática política concreta”

(Id. 1996:46)

Importante resgatar aqui as transformações ocorridas no final dos anos 70, como o movimento de democratização do país que conseguiu articular profissionais da área acadêmica do campo da medicina preventiva e social, profissionais de saúde, lideranças sindicais e segmentos da população organizada de usuários, e que se constituiu no movimento sanitário. (Gohn,1989).

Vasconcelos, ressalta:

“... As primeiras experiências, nas quais a noção de participação popular em serviços de saúde foi enfatizada, ocorreram em projetos pilotos de iniciativa de departamentos de medicina preventiva de algumas universidades, por exemplo, na UNICAMP, em algumas Secretarias Estaduais de Saúde a cargo de profissionais de esquerda. Havia uma forte crença de que, nos serviços de saúde, a pedagogia “libertadora” sistematizada por Paulo Freire, seria capaz de formar agentes locais de mobilização social que levariam à organização da população. Na mesma época, ocorria um processo de reconstrução dos movimentos sociais”

(Vasconcellos,1998:34)

No final da década de 70 e início dos anos 80, observou-se o fortalecimento e o amadurecimento dos movimentos sociais. Profissionais de saúde, apropriando-se de uma metodologia pedagógica inicialmente desenvolvida pela Igreja Católica junto às comunidades eclesiais de base, passaram a criar outras formas de prestação de serviços, tais como programas de educação

dirigidos a agentes de saúde e incorporaram nos seus discursos, a luta pelos direitos sociais mais amplos, como a posse da terra e o enfrentamento dos problemas de saúde. (Rocha,2002).

Experiências municipais de projetos-pilotos de estruturação de serviços como o de Campinas (São Paulo), Londrina (Paraná) são registros importantes desses movimentos.

O caso mais marcante dessas experiências foi o Projeto Montes Claros, iniciado em 1974 no norte de Minas Gerais. Este projeto é considerado fundador do Movimento Sanitário no Brasil, notadamente pela implantação de uma extensa rede pública de serviços, como também pela constituição de um pensamento crítico de caráter contra-hegemônico. Por se tratar de uma região marcada por estruturas de dominação política e pela ausência de organizações populares, a participação comunitária era algo a ser construído pelos profissionais de saúde. Assim, a singularidade do Projeto Montes Claros deveu-se à capacidade de articular dimensões críticas da produção da saúde.

Outra experiência municipal importante foi o Projeto Niterói-RJ, de integração docente-assistencial na década de 1980, orientado por princípios e diretrizes da saúde coletiva. Constituído por alguns segmentos do setor de saúde comprometidos com as propostas de mudanças no modelo assistencial, o Projeto Niterói caracterizou-se como um espaço autônomo de organização e resistência em saúde. Era formado por técnicos de várias instituições com articulações externas importantes como a Organização Panamericana de Saúde-OPAS/OMS, Universidade Federal Fluminense (UFF) e Conselhos de Associação de Moradores. Movimento de reflexão política, técnica e prática das atividades da saúde pública, refletia as experiências de outros municípios.

Esses movimentos podem ser considerados os precursores do SUS. O crescimento destas reivindicações e a pressão popular tiveram significativas implicações nas políticas sociais. Eles passam a ser reconhecidos pelo Estado, e a sua dimensão sócio-cultural se expressou na ampla mobilização política e ideológica no campo das práticas de saúde.

O conteúdo ético das propostas políticas contidas nestes movimentos se concretizou no Sistema Único de Saúde (SUS) pautado por diretrizes contidas na Constituição de 1988. Baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde, bem como da participação da sociedade na

gestão do sistema de saúde nas diferentes esferas de governo, esse novo marco legal em saúde traz uma concepção democrática da participação na definição das políticas a serem implementadas. Tinha como princípio “*Saúde: direito de todos e dever do Estado*”.

Em decorrência das possibilidades abertas pela Carta de 1988, tivemos importantes conquistas, tais como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que, em suas diretrizes e princípios, define o campo da assistência social; as Conferências Nacionais de Saúde; a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, a formação de Conselhos, dentre outras.

Raichelis (2000), dedicando-se à análise do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) chama a atenção para a importância da LOAS e mostra que sua elaboração resultou da mobilização de segmentos sociais organizados para o fortalecimento da concepção de assistência social como função governamental e política pública. Seu processo de formulação envolveu negociações e formação de consensos pactuados entre diferentes protagonistas da sociedade civil, governo federal e esfera parlamentar.

O direcionamento da assistência social como política pública tem sido discutido por vários autores, dentre eles: Sposati, Falcão, Yazbek e outros. Suas contribuições têm sido fundamentais para o aprofundamento dessa questão.⁴

A Constituição de 88 ao estabelecer mecanismos de participação no campo de ação das políticas públicas criou os Conselhos: na área da saúde, da assistência social, que se iniciaram a partir da regulamentação das respectivas Leis Orgânicas (LOS e LOAS) e os Conselhos de defesa de direitos da criança e do adolescente, da pessoa idosa. Esses espaços tinham por objetivo estimular o debate político para o avanço das práticas democráticas.

As reflexões sobre a situação dos conselhos e a organização social dos diferentes segmentos através de espaços sócio-políticos merecem análises mais abrangentes, o que não se constitui em objeto do nosso interesse neste momento.

A Conferência Nacional de Saúde ratificou os princípios doutrinários da política de saúde no país determinados pela universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular, princípios estes que

⁴ Sposati, Falcão, Yazbek. Assistência na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras: uma questão em análise/ aldaiza de Oliveira Sposati... [et.al.]- 7.ed.-São Paulo: Cortez,1998.

contribuíram para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Esta Conferência foi de grande importância para o movimento da reforma sanitária e discutiu aspectos como: a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional; o controle social do sistema, a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público e a unificação da saúde pública preventiva com a curativa (Relatório final da VIII CNS,1980).

3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO IDOSA.

As políticas de saúde voltadas para a população idosa, começaram a concretizar-se também nos anos 80 simultaneamente às modificações ocorridas no sistema de saúde como um todo, durante o mesmo período.

É importante considerar que as conquistas dessas mudanças, no sistema, não foram suficientes para a definição de um novo padrão assistencial compatível com as demandas da faixa etária idosa. O funcionamento do sistema de saúde, na atenção ao idoso, estava pautado por uma abordagem dos doentes crônicos, pelo diagnóstico das enfermidades prevalentes, em atendimentos individuais esporádicos, quase sempre restritos às complicações, numa visão orgânica do envelhecimento. (Dalmaso;1993) (Nemes;1991).

A característica da assistência à saúde dos idosos, na prática, permanece até hoje concentrada na lógica biomédica, no atendimento médico individual. O modelo assistencial ainda está fortemente marcado pela abordagem intra-hospitalar, associada a uma utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes, apresentando cobertura e resolutividade baixas e com elevado custo, como observa Silvestre (2003).

Ainda que iniciativas consistentes de alguns governos, estaduais e municipais, possam ser testemunhadas, o idoso, como segmento populacional, não se tornou suficientemente “visível” para mobilizar a atenção do poder público para as suas complexas e abrangentes demandas de saúde. Perde prioridade na agenda política para outros segmentos e questões sociais. Uma das grandes dificuldades encontradas na atenção à saúde desta faixa etária deve-se à escassez de recursos humanos sensibilizados e capacitados para atender as suas

especificidades, contribuindo assim, para ações pontuais e orientadas pelo senso comum sobre a velhice e o processo de envelhecimento.

Apesar disso, aconteceram experiências localizadas como a do Centro de Saúde Samuel Pessoa (CSSP), em São Paulo que, ainda nos anos 80, apresentava serviços inovadores na atenção aos idosos. Na conjuntura resultante da transição epidemiológica,⁵ caracterizada basicamente por grande número de idosos e de doentes crônicos, assim como das reformulações do sistema de saúde, o CSSP reestrutura o trabalho assistencial em uma perspectiva mais elaborada de prática programática (Schraiber,1993). Nessa reestruturação, desenvolveu-se uma forma de atendimento, intencionalmente participativa, a partir de entrevista centrada na interação. Desse modo, construiu-se o Programa de Atenção à Saúde no Envelhecimento propondo um olhar mais atento às necessidades de saúde dos idosos, suas demandas e as vivências diversificadas na velhice.

Segundo Carvalho (2002) este trabalho possibilitou, através de avaliações sistemáticas, a confirmação de que o contato mais direto com a população facilita o reconhecimento dos sujeitos que procuram os cuidados para a saúde no percurso do seu envelhecimento. Não se ignora, no entanto, que essa construção intersubjetiva depende de dois fatores: das representações de saúde que agentes usuários possuem e das representações individuais sobre a posição que cada um ocupa nesta relação profissional-usuário.

A análise de como as práticas de saúde mantêm-se como elemento de produção e reprodução de concepções focalizadas na cronicidade das doenças e nas configurações da velhice, no campo da saúde, será objeto do Capítulo 3 deste trabalho, quando buscaremos uma aproximação entre as diferentes representações sociais de saúde e doença dos usuários idosos e as mesmas representações dos profissionais que atuam programaticamente com esse grupo.

Essa trajetória, onde figuram as lutas dos movimentos sociais, a participação expressiva das associações científicas como a SBGG e a ANG, o SESC e as reflexões de um grupo de profissionais de saúde, contribuiu para as conquistas no campo das formulações de políticas.

⁵ Transição epidemiológica é descrita por Ramos (2002) como o processo de mudança do perfil de morbi mortalidade que acompanha o processo demográfico. As doenças infecto-parasitárias, altamente prevalentes em populações jovens, tendem a diminuir, enquanto as doenças crônico-degenerativas aumentam sua prevalência, expressando a maior proporção de pessoas idosas portadoras dessas doenças.

No entanto, só no final da década de 90, ao reconhecer todas as discussões travadas na sociedade e diante da transição demográfica e epidemiológica, é que o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI⁶, dando ênfase às peculiaridades do processo de envelhecer.

As diretrizes básicas dessa política traduzem as preocupações com a preservação e reabilitação funcionais, comuns a um conjunto de técnicos que hoje pensam as questões do envelhecimento humano.

Essa política versa sobre a responsabilidade do Estado quanto à promoção, prevenção e restauração da saúde e traz para o foco de suas ações a família considerada o locus privilegiado para a atenção ao idoso, assim como estabelece novas prioridades e novas ações que deverão nortear os serviços de saúde deste novo século.

A elaboração dessa política deu-se com ampla discussão de segmentos da área da Geriatria e Gerontologia em articulação entre o ministério e secretarias estaduais e municipais de saúde e supõe articulações com outros setores.

Uma das dificuldades práticas para a plena implantação dessa política diz respeito a questionamentos recorrentes entre os profissionais de saúde, tais como: como uma política universal pode responder a contornos culturais tão distintos e contrastantes? Como garantir uma assistência integral sem um sistema de retaguarda para responder aos diferentes níveis de complexidade das pessoas atendidas no sistema público já sucateado? Acrescenta-se às dificuldades apontadas, a cultura paternalista de submissão ao poder, a dificuldade na autopercepção do estado de saúde e adoecimento, as barreiras burocráticas impostas à população de idosos.

A atualização desse instrumento impõe pensar-se, como nos alerta Guedes (1999), na conjugação de dois grandes blocos: das desigualdades sociais e da pluralidade cultural que faz com que realidades distintas de velhice exijam intervenções diferenciadas. O quadro de desigualdades sociais, as disparidades regionais, as diferenças quanto ao acesso ao saneamento básico, a infra-estrutura dos serviços e equipamentos sociais de suporte são fatores preponderantes nas análises das políticas sociais voltadas à população e impõe desafios para o

⁶ A PNSI foi promulgada pela Portaria nº 1.395 de 09/12/1999, publicada no DOU de nº 237-E Seção 1 p. 20-24 de 13/12/1999. Seu texto na íntegra encontra-se em anexo.

alcance prático das ações governamentais, aqui neste caso, para a política nacional de saúde para idosos.

Em suas diretrizes, esta política aponta que a capacidade funcional comprometida, fruto de complicações de doenças clínicas e estilo de vida incluindo o ambiente, pode dificultar a realização das atividades de vida diária, como banhar-se, vestir-se, ir ao toalete, alimentar-se, assim como caminhar, usar telefone, fazer compras e manejar dinheiro. Em essência, essa política orienta o planejamento de ações capazes de produzir impacto sobre esses agravos. Do ponto de vista de saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito para instrumentalizar e operacionalizar uma política de atenção à saúde dos idosos. (Gordilho et al.; 2000).

Esse quadro conceitual, ao mesmo tempo em que impõe uma reflexão sobre os modelos assistenciais vigentes, enfatiza também a necessidade de se atentar para indicadores capazes de revelar a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais quanto coletivos e mostram como as diferenças sócio-econômicas tornam as experiências de envelhecimento muito distintas. Os indicadores sociais, nesse trabalho, merecem uma análise mais específica.

3.3 INDICADORES SOCIAIS COMO BASE PARA FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A formulação de políticas para a estruturação de serviços de saúde carece da coleta de indicadores advindos de pesquisas aptas a traduzir as questões peculiares aos idosos. Esses indicadores contribuem para conceituações e análises críticas. Nesse sentido, consideram-se importantes as informações coletadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em Síntese dos Indicadores Sociais 2000, que revelam o quadro de desigualdades no Brasil.

Essas pesquisas, ao levarem em consideração grupos sócio-econômicos distintos, as várias faixas etárias, as diferenças de gênero, as interferências das condições de saúde, são instrumentos que permitem ampliar nossos estudos e nossa apreensão dos elementos constitutivos do processo de adoecer.

A análise desses indicadores por parte de alguns pesquisadores mostra que, ainda que tenhamos conseguido melhorar as condições de saúde da população

com redução da mortalidade infantil e com o aumento da expectativa de vida, o Brasil é um país de contrastes.

No que se refere à renda familiar, importante em qualquer estágio da vida e, sobretudo, na velhice, em 1999, as pesquisas do IBGE indicavam que 12,2% dos idosos sobreviviam com até meio salário mínimo per capita mensal. Se acrescentarmos o grupo que vive com renda entre $\frac{1}{2}$ e 1 salário mínimo per capita (28%), é possível estimar que 40,3% dos idosos viviam em famílias com rendimento baixo.

Como indicador eficaz para caracterizar o perfil sócio-econômico e o estado de saúde das famílias, a renda define suas possibilidades de utilização de bens e serviços. Assim, importa considerá-lo na avaliação do estado de saúde dos idosos.

Ao analisar a renda individual, é importante considerar a sua contribuição no orçamento das famílias, seja através dos benefícios de prestação continuada⁷ na qual a participação dos idosos é muito expressiva, seja através do seu retorno ao mercado de trabalho.⁸ A destinação desses benefícios concentra-se na aquisição de medicamentos e alimentação, conforme revelado na sua revisão de 2003, representada nos gráficos em anexo, demonstrando não ter havido mudanças significativas na condição de vida dos idosos, ainda que contrariando análises de alguns pesquisadores.

O IBGE mostrou que, em 1999, mais de um terço dos idosos ainda se encontrava no mercado de trabalho. A presença de um grande número de aposentados no mercado de trabalho representa uma ambivalência na medida em que, se por um lado, conforme análise de Camarano, em entrevista jornalística, é uma forma de integração social e decorrente das melhorias nos indicadores de saúde, por outro lado, a permanência no trabalho até idades mais avançadas pode levar a uma deterioração da qualidade de vida e uma privação do período de lazer e descanso – uma inversão nos significados da aposentadoria, já apontados por Debert.

⁷ Benefício de Prestação Continuada é um programa de renda mínima destinado a pessoas com deficiência física e idosos a partir de 65 anos com renda familiar mensal per capita de até 1/4 do salário mínimo. (LOAS-Decreto nº. 1.744 de 08/12/95)

⁸ As melhores condições de renda das famílias brasileiras que possuem pelo menos um idoso aparecem estreitamente associadas à contribuição dos idosos. Esses contribuem com mais de 50% inclusive nos casos em que o idoso apresenta idade avançada. (Camarano, 1999).

Ao buscar uma associação entre renda e condição de saúde através da auto-avaliação, o estudo mostrou que, entre aqueles que estão nos 40% mais pobres da distribuição da renda nacional, apenas 30,8% declararam que seu estado de saúde é bom. Entre aqueles que estão nos 10% mais ricos, este percentual sobe para 60%.

Com relação à desigualdade entre gênero, outro indicador de grande relevância na definição das políticas de saúde para a população idosa, verificou-se a maior presença das mulheres, o que é explicado pelos diferenciais de expectativa de vida entre os sexos e que se constitui em alerta para a adequação das políticas sociais.

Este fenômeno, caracterizado por Berquó (1998) como a “feminização da velhice”, assume grande importância para o setor saúde, na medida em que, com o aumento das taxas de separação entre casais, a diminuição no tamanho da família, a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho e a centralidade dos cuidados na família, importa discutir sobre quem e como se ajudará os idosos mais comprometidos biológica e funcionalmente, portanto de maior dependência de cuidados.

Camarano (1999) chama a atenção para o fato de que, no Brasil, onde a família constitui a maior fonte de suporte aos seus dependentes, o papel feminino mudou com a maior inserção no mercado de trabalho⁹, sem que se tenha alterado o papel masculino. As mulheres não estão mais disponíveis para cuidar de filhos, pais ou parentes, o que foi e continua sendo parte do curso de vida das mulheres.

Esta autora reforça, ainda, que a fragilidade das mulheres idosas vem marcada pelas desigualdades de gênero e estas, somadas às desigualdades estruturais da sociedade brasileira, colocam a feminização da velhice como um elemento fundamental das futuras políticas sociais.

A discussão entre as diferenças de mortalidade entre homens e mulheres cresce de importância quando se considera a possibilidade da viuvez e suas conseqüências para a mulheres na velhice, pelo que representa esta condição em si mesma. Viver só, com idade mais avançada é um fator de risco por vários aspectos: aumenta a probabilidade de dependerem de instituições de suporte, pela

⁹ Segundo Síntese de Indicadores Sociais 2000, cerca de 1,6 milhões de mulheres acima de 60 anos ainda trabalham, o que corresponde a 17% da população feminina inativa.

ausência de infraestrutura na família; aumenta a pobreza; a propensão à solidão e a vulnerabilidade às doenças.

Observa-se que, na atual conjuntura econômica, o desemprego que afeta particularmente os mais jovens, o nível de rendimento dos aposentados e outras circunstâncias são responsáveis pelo número crescente de pessoas idosas retornando ao mercado de trabalho.

Outro indicador relevante para a definição de políticas sociais diz respeito à expectativa de vida livre de incapacidade. Para o IBGE, mais de 1/5 do tempo de vida do brasileiro será vivido com menos qualidade em razão de limitações físicas ou funcionais. Este dado revela a necessidade da implementação de políticas públicas específicas para o caso.

As necessidades de saúde se expressam em múltiplas dimensões: social, psicológica, biológica, cultural. Assim, o aspecto valorativo da Política Nacional de Saúde está na sua concepção de compreender o processo do envelhecimento como multidimensional e interdisciplinar.

Se, por um lado, o Estado define, estrategicamente, uma política competente, pelo menos do ponto de vista conceitual, é, ainda, incipiente acreditar-se que uma mudança de modelos de práticas assistenciais será capaz de levar ao alcance dos objetivos dessa política. O conhecimento de determinantes das condições de vida e saúde dos idosos e das múltiplas facetas da velhice revelará o grau de complexidade que a questão suscita.

Justifica-se a conceituação multidimensional e interdisciplinar, contida nessa política, com o fato de que as questões biológicas estão imbricadas com as relações sociais, com expressões emocionais, valores culturais e recursos ambientais, envolvendo, assim, uma diversidade de campos de saber.

Como anteriormente citado, Néri (2000) afirma que essa interdisciplinaridade enriquece a Gerontologia¹⁰ e a Geriatria, mesmo que criando situações de especializações pulverizadoras de conhecimentos.

A análise dos indicadores sociais com consequência no estado de saúde das pessoas aponta para esses enfrentamentos: traduzir os avanços obtidos no campo

¹⁰ Gerontologia é definida por Neri como o campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos psicológicos e sócio-culturais. Interessa-se também pelo estudo das características dos idosos, bem como das várias experiências de velhice. (Neri, 2001).

legal em mudanças efetivas e resolutivas da prática da atenção à saúde e indicar que medidas para reduzir as desigualdades sociais são igualmente importantes para a melhoria das condições de saúde de idosos.

Minayo pontua que:

“ a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social. Está submetida às mesmas vicissitudes, interrogações e perspectivas da totalidade sociológica de que faz parte.”

(Minayo (1995:11).

As dificuldades para a implantação dessa política são conseqüências também das mudanças ocorridas nos últimos tempos no eixo das representações sociais sobre a velhice. O modelo projetado de idoso “saudável” e entendimento do mundo como auto gerenciado, responsabilizando o indivíduo pelo seu processo de envelhecer, tem impacto imediato na saúde. Debert reforça que:

“... a imagem gratificante do envelhecimento associada à Terceira Idade não oferece instrumentos capazes de enfrentar os problemas envolvidos na perda de habilidades cognitivas, de controles físicos e emocionais que estigmatizam o velho e que são fundamentais, na nossa sociedade, para que um indivíduo seja reconhecido como um ser autônomo, capaz de um exercício pleno de direitos de cidadania.”

(Debert,1999:227)

Nessa perspectiva, refletimos sobre a dimensão das condições objetivas de vida que integram esses conceitos, nos indicadores sociais apontados pelos institutos de pesquisa e no desafio que implica a contínua implementação dessa política, no campo prático.

Da promoção da saúde ao conceito de cuidado contínuo e prolongado, surgem diversos níveis de responsabilidade social, coletiva e individual. Saber que os idosos, hoje, consomem cerca de metade dos medicamentos produzidos no país e ocupam percentual semelhante dos leitos hospitalares disponíveis, sem que isso corresponda à qualidade assistencial e à qualidade de vida é um dado contundente para reflexão, como nos alerta Menezes (1997).

Somos hoje capazes de estimar, com a ajuda de programas específicos de coleta de dados e utilização de bancos, quantos idosos encontram-se confinados

ao leito, seja em domicílios ou hospitais, quantos não têm acesso a serviços de saúde, as medidas de intervenções adequadas, as informações que lhes permitam gerenciar seu cotidiano para redução de riscos. No entanto, distorções no encaminhamento das políticas e a ausência de vontade política nos níveis decisórios, não permitiram que se construíssem, ainda, mecanismos eficazes de proteção social com inserção nos planos globais de planejamento público para o real compromisso com essa população.

O envelhecimento entendido como fenômeno geneticamente referido e determinado, modulado pelo ambiente, está rigorosamente dependente de macropolíticas capazes de influenciar possibilidades existenciais do indivíduo.

Retornando à implementação da Política de Saúde do Idoso, merece ressaltar a relevância dada à autonomia, uma das referências básicas dessa política associada ao princípio da independência.

Entendendo-se por autonomia a capacidade de auto governo, liberdade de expressão e de escolha e por independência, a capacidade de realização de suas atividades de vida diária sem auxílio de terceiros, esses medidores de saúde não se expressam dissociados da realidade concreta das pessoas.

No dizer de SPOSATI (1996) a perda da autonomia se expressa no abandono, na ausência de condições para suprir a própria sobrevivência, na dificuldade do acesso aos serviços, na fragilidade do vínculo familiar, no bloqueio de manifestações de interesses, no bloqueio à livre expressão de sentimentos e idéias, entre outros.

As reflexões desenvolvidas nesta trajetória sinalizam que a operacionalização explicitada no texto da política e que guarda coerência com os conceitos expressos pela Organização Mundial de Saúde : *agregar vida aos anos e não anos à vida* vai exigir que se busque a compreensão de todos esses aspectos que se imbricam numa relação de determinações e conseqüências.

Em capítulo subsequente, estaremos apontando as contradições entre a formulação desta políticas e a sua aproximação com a prática concreta, através da percepção de idosos e profissionais de saúde da Ilha da Conceição, resultado da observação participante e entrevistas realizadas naquela comunidade.