

Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social

Aging and Social Vulnerability: A conceptual discussion under the public policies and social support perspectives

Michelle Rinco
Andrea Lopes
Marisa Accioly Domingues

RESUMO: O texto contextualiza as questões relacionadas ao processo de envelhecimento, abordando aspectos demográficos e sociais. Apresenta conceitos de vulnerabilidade, analisando-os a luz das políticas públicas, do apoio e suporte social, enfatizando a necessidade de implementação de serviços que possam diminuir o isolamento e a vulnerabilidade social das pessoas longevas.

Palavras-chave: Envelhecimento; Vulnerabilidade Social; Políticas Públicas.

ABSTRACT: *The article contextualizes the main topics around the aging process pointing out the social and demographic aspects. It introduces the concepts of vulnerability under the public policies and social support perspective, highlighting the importance of services that can decrease isolation and social vulnerability of seniors.*

Keywords: *Aging; Social Vulnerability; Public Policies.*

Introdução

No Brasil, desde a segunda metade do século XX, o aumento do envelhecimento populacional vem ganhando uma dimensão social particular, por diversas mudanças ocorridas nos padrões epidemiológicos e suas interações com determinantes demográficos, sociais, políticos e econômicos (Lopes, 2000). Esse processo é fruto de alterações no perfil de nascimento, mortalidade e morbidade da população. Dentre outras coisas, anteriormente, prevaleciam às doenças infecciosas. Atualmente, são as doenças crônicas a marca de uma sociedade senescente em países com o perfil semelhante ao brasileiro (Maia, 2011).

O envelhecimento é um processo contínuo que se dá desde a concepção até a morte, compondo o desenvolvimento humano. Possui características próprias, que necessitam ser reconhecidas e identificadas. Por ser multideterminado, o envelhecimento pode ser analisado por várias perspectivas, como a biológica, a psicológica, a social, a econômica, a funcional e a cronológica (Maia, 2011). No entanto, a velhice, considerada uma etapa desse processo, inicia-se aos 60 anos em países como o Brasil e 65 anos em países desenvolvidos, conforme a Organização Mundial da Saúde (2012). O Brasil adota o critério etário acima definido referendado ainda pela Política Nacional do Idoso (Lei n.º 8.842 de 04/01/1994) e pelo Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.147 de 01/10/2003) (Maia, 2011).

A população considerada idosa praticamente dobrou nos últimos 20 anos, passando de 8 milhões em 1980, para 10,6 milhões em 1991 e 14,5 milhões em 2000. Na última década, os estudos demográficos mostram que as pessoas idosas representam cerca de 7% da população mundial. No período entre 1997 e 2007, o crescimento da população de idosos representou mais que o dobro do crescimento da população total no Brasil. Observa-se que o grupo etário de 60 anos ou mais apresentou um crescimento de 47,8% nesse período. Já o crescimento no grupo de idosos de 80 anos ou mais foi de 65% (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010; Maia, 2011). Estima-se que em 2050 haverá dois bilhões de idosos no mundo e, nesse mesmo ano, no Brasil, as projeções indicam mais de cinco milhões de homens e quase nove milhões de mulheres com 80 anos ou mais (Pavarini *et al.*, 2009). Pergunta-se: países com o perfil do Brasil

estão preparados para o aumento de demandas advindas da população mais longeva, sejam essas de saúde, sociais, familiares ou individuais?

Desse modo, o envelhecimento populacional pode ser hoje considerado uma importante questão de saúde pública e assistencial, especialmente por ser um processo influenciado por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa. Seja assim, é imprescindível que o processo de envelhecimento e a velhice sejam analisados sob uma perspectiva abrangente, que permita a produção de conhecimento mais eficiente em termos de gerar oportunidades de atenção aos idosos, disponibilizando acessos e formas de engajamento significativos (Maia, 2011).

Na realidade brasileira os idosos podem ser considerados como uma nova categoria social em transformação, dada `as inúmeras mudanças sociais em curso e a visibilidade que esse grupo vem obtendo perante os diversos agentes sociais, o que reforça a legitimação de suas demandas. Assim, tornam-se importantes atores políticos e consumidores ativos, colaborando para a sociedade na elaboração de novas proposições legais que concorram para o planejamento de ações eficazes nos vários campos sociais e econômicos, visando à integração e ao bem-estar (Mesquita, Costa & Carvalho, 2011).

Na atualidade, pode-se dizer que uma das mudanças centrais é dos modelos de família que, quando associadas ao aumento crescente do grau de dependência de parte desse segmento populacional idoso, traz forte impacto para as famílias brasileiras, tanto do ponto de vista emocional, quanto financeiro (Pavarini *et al.*, 2009). As alterações nos padrões de mortalidade e fecundidade podem influenciar na forma como as famílias se organizam para atender e cuidar de seus idosos. Por exemplo, presenciamos nos grandes centros famílias menores e mais velhas, resultando em declínio das relações intergeracionais e das redes de suporte (Pavarini *et al.*, 2009).

Conceito de Vulnerabilidade

Segundo Maia (2011), o termo vulnerabilidade vem do latim *vulnerare = ferir e vulnerabilis = que causa lesão*. Sendo assim, pode ser definido como susceptibilidade de ser ferido, atacado, prejudicado, derrotado ou ofendido ou ainda como a capacidade de um indivíduo ou sistema sofrer dano em resposta a um estímulo. Portanto, todo o ser humano estaria vulnerável.

Em revisão de literatura, Maia (2011) afirma que estar vivo é estar em perigo, suscetível a sofrer danos e acabar se tornando vulnerável. Ao longo do tempo, o homem se organizou em sociedade com o objetivo de tentar dominar suas maiores vulnerabilidades, como o frio, fome e doenças. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) reflete uma preocupação com as vulnerabilidades consideradas essenciais e universais. Na época, o conceito de vulnerabilidade era utilizado para designar grupos ou indivíduos, jurídica ou politicamente fragilizados, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.

Conforme a definição das Diretrizes Éticas Internacionais de Pesquisa (2002, p.30):

Pessoas vulneráveis são aquelas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses.

Assim, são descritos como vulneráveis:

(...) membros subordinados de grupos hierárquicos como militantes ou estudantes; pessoas idosas com demência e residentes em asilos; pessoas que recebem benefícios da seguridade ou assistência social; pessoas pobres; desempregadas; pacientes em salas de emergência; alguns grupos étnicos e raciais minoritários; os sem-tetos; os nômades, os refugiados ou as pessoas deslocadas; os prisioneiros e os membros de comunidade sem conhecimento dos conceitos médicos modernos.

Logo, vulnerabilidade refere-se tanto a um grupo de pessoas momentaneamente incapazes de exercer sua liberdade por uma contingência física ou como consequências de seu percurso de vida, como a grupos também incapazes, por consequências sociais ou políticas. Desse modo, assistir a pessoa vulnerável significa assegurar-lhe proteção de vida para além da proteção de sua integralidade moral, dignidade humana e autonomia (Maia, 2011).

Ainda segundo Maia (2011), a vulnerabilidade adquire diferentes formas e dimensões, sendo elas:

Vulnerabilidade biológica: continuamente desequilibrada por elementos biologicamente desestruturantes, necessitando de auto-organização;

Vulnerabilidade psicológica: dependente da construção da psique da pessoa, como base em suas experiências afetivas e imagináveis;

Vulnerabilidade espiritual: que utiliza recursos simbólicos no auxílio do enfrentamento dos desafios e para transcender os limites impostos pela realidade;

Vulnerabilidade cultural, social e ambiental: produzidas pelo entorno sociocultural.

Amendola (2012), ao revisar a literatura, aponta que o conceito de vulnerabilidade segue no sentido de três planos independentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da vulnerabilidade de indivíduos, grupos sociais e coletividades. As três dimensões são: individual, social e pragmática.

- **A dimensão individual** parte do princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis e que os modos de vida podem expor ou proteger contra o agravo;
- **A dimensão social** da vulnerabilidade diz respeito a condições contextuais que definem a vulnerabilidade individual, entre elas a possibilidade de obter informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos, cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições;
- **A dimensão programática ou institucional** busca avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultural, atuam como elementos que reproduzem as condições socialmente dadas de vulnerabilidade.

Para Pavarini *et al.* (2009), o conceito de vulnerabilidade está relacionado com um construto multidimensional entendido como um processo de estar em risco para alteração na condição de saúde, resultante de recurso econômico, social, psicológico, familiar, cognitivo ou físico inadequados.

De acordo com Sánchez e Bertolozzi (2007) a vulnerabilidade é definida na intersecção desses três poderes, sendo que *entitlement* refere-se ao direito das pessoas; *empowerment*, ou empoderamento, que se refere à sua participação política e institucional; e a política econômica se refere à organização estrutural-histórica da sociedade e suas decorrências.

Desse modo, a vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida distribui-se de maneira diferente, segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais, e relaciona-se com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional. Ao levantar diversos fatores referentes à vulnerabilidade, acrescenta ainda que a o conceito dela depende do local e do clima, restringindo-se à dimensão geográfica (Sánchez & Bertolozzi, 2007).

Sánchez e Bertolozzi (2007) ancoram-se em literatura pertinente para apresentar uma matriz heurística, na qual sua investigação está analisada sob três dimensões: trajetória social, interação e contexto social.

A trajetória social refere-se às diferentes etapas que as pessoas atravessam no curso da vida, assim como as condutas assumidas nesse curso. A dimensão relativa à interação refere-se à relação entre os indivíduos e o contexto social e incorpora os fatores econômicos, políticos e culturais, numa dada sociedade, assim como as várias maneiras de atuação e de relação entre os indivíduos (Sánchez & Bertolozzi, 2007).

Logo, a vulnerabilidade estaria relacionada aos fatores estruturais da sociedade, que se refere à desigualdade de renda, educação e de acesso aos serviços; vulnerabilidade relacionada aos aspectos fisiológicos e decorrentes das relações de gênero na sociedade e a vulnerabilidade na esfera da significação, que integra o conceito de risco e a maneira como se expressa, no imaginário social, além de seus diferentes significados através da história (Sánchez & Bertolozzi, 2007).

Rodrigues e Neri (2012) relatam que a vulnerabilidade pode ser definida como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos.

Vulnerabilidade Social

Vulnerabilidade social pode ser entendida a partir do termo exclusão social, que teve origem na França nas últimas décadas do século XX, como uma construção teórica anterior à formulação do conceito de vulnerabilidade social, sendo utilizado como referência para caracterizar situações sociais limites de pobreza e marginalidade (Maia, 2011).

Portanto, a vulnerabilidade social pode ser compreendida como multidimensional, afetando de diferentes formas e intensidade indivíduos, grupos e comunidades em planos distintos de seu bem-estar. É a resultante da combinação de fatores que produzem a deterioração do nível de bem-estar de pessoas, famílias ou comunidades em consequências da exposição a determinados tipos de risco (Maia, 2011).

Desse modo, a vulnerabilidade social está intimamente relacionada à forma como indivíduos, famílias ou grupos sociais sejam capazes de controlar as forças que afetam seu bem-estar, o controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades que lhes são propiciadas. Esses ativos podem ser divididos em: físicos, humanos e sociais (Maia, 2011).

Os ativos físicos são subdivididos em capital físico (terra, animais, máquinas, moradias, bem duráveis relevantes para a reprodução social) ou financeiro (poupança e crédito, além de seguro e proteção). Ativos humanos são o trabalho e o valor agregado ou mesmo pelos investimentos em saúde e educação, que implicariam maior ou menor capacidade física para o trabalho, qualificação etc.; e ativos sociais são redes de reciprocidade, confiança, contatos e acesso à informação (Maia, 2011).

Sánchez e Bertolozzi (2007) apontam, a partir de revisão literária, que a vulnerabilidade social está relacionada a processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e sua capacidade de reação. Assim, a vulnerabilidade deve levar em conta a dimensão relativa ao indivíduo e o local social por ele ocupado.

Os problemas sociais mais graves numa cidade de gigantismo demográfico e econômico que, desde sempre, distribuiu de forma desigual o produto de sua riqueza, manifestam-se nos territórios que apresentam déficits de várias ordens dos padrões de urbanização impressos na modernidade e que concentram muitos moradores historicamente excluídos tanto pelo mercado, como pelo Estado. Assim, e de maneira inequívoca, a cidade de São Paulo, por exemplo, é marcada pelas desigualdades sociais diversas (Plano de Assistência Social da Cidade de São Paulo, 2010).

O indicador *renda* sempre teve papel de destaque como critério para a escolha do público-alvo das políticas públicas. A renda familiar e/ou renda familiar *per capita*, sem dúvida, ganham importância no que diz respeito aos programas redistributivos, sobretudo, quando são critérios para a seleção das famílias, para a manutenção ou

desligamento das mesmas, quando asseguram a focalização do programa nos estratos mais vulneráveis da população (Plano de Assistência Social da Cidade de São Paulo, 2010).

Levando-se em consideração a multideterminação da vulnerabilidade social, o Estado de São Paulo, por meio da fundação SEADE, elaborou o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), baseado em dados do Censo Demográfico 2000, para subsidiar a definição de prioridades e estratégias da ação pública, visando o combate à pobreza (Maia, 2011).

O IPVS consiste em uma tipologia derivada da combinação entre as dimensões socioeconômica e demográfica que classificam as áreas geográficas intramunicipais em seis grupos distintos de vulnerabilidade social. Baseia-se também em dois pressupostos: primeiro, que as dimensões da pobreza precisam ser consideradas em um estado de vulnerabilidade social e, segundo, a utilização de um método que permita a identificação de áreas, conforme os graus de vulnerabilidade social, que gerem um instrumento de definição de áreas prioritárias para o direcionamento das políticas públicas, em especial, de combate à pobreza (Maia, 2011).

O IPVS (Pavarini *et al.*, 2009, p.3) destaca os seguintes grupos:

Grupo 1 - nenhuma vulnerabilidade: engloba os setores censitários em melhor situação socioeconômica (muita alta), com os responsáveis pelo domicílio, possuindo os mais elevados níveis de renda e escolaridade. Apesar de o estágio das famílias no ciclo de vida não ser um definidor do grupo, seus responsáveis tendem a ser mais velhos, com menor presença de crianças pequenas e moradores nos domicílios, quando comparados com o conjunto do Estado de São Paulo.

Grupo 2 - vulnerabilidade muito baixa: abrange os setores censitários que se classificam em segundo lugar, no Estado, em termos da dimensão socioeconômica (média ou alta). Nessas áreas concentram-se, em média, as famílias mais velhas.

Grupo 3 - vulnerabilidade baixa: formado pelos setores censitários que se classificam nos níveis altos ou médios da dimensão socioeconômica e seu perfil demográfico caracteriza-se pela predominância de famílias jovens e adultas.

Grupo 4 - vulnerabilidade média: composto pelos setores que apresentam níveis médios na dimensão socioeconômica, estando em quarto lugar na escala em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio. Nesses setores, concentram-se famílias

jovens, isto é, com forte presença de chefes jovens (com menos de 30 anos) e de crianças pequenas.

Grupo 5 - vulnerabilidade alta: engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas.

Grupo 6 - vulnerabilidade muito alta: o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. A combinação entre os chefes jovens com baixos níveis de renda e escolaridade e a presença significativa de crianças pequenas permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza.

Assim, para que haja uma diminuição da vulnerabilidade social é preciso que as pessoas sejam fortalecidas e apoiadas no incremento de suas redes sociais e relações comunitárias, incentivando e oportunizando mais a participação e a responsabilidade das pessoas, evitando, com isso, que elas assumam um papel de vítimas e mantenham-se socialmente isoladas (Maia, 2011).

Vulnerabilidade e Envelhecimento

O processo de envelhecimento envolve um conjunto articulado de processos biológicos, psicológicos e sociais que podem tornar os idosos mais vulneráveis. A revisão realizada por Amendola (2012) aponta que os idosos passam por alguns processos que são distintos, sendo muito deles relacionados à senescência, referindo-se ao processo de modificações características do envelhecimento, e também à senilidade, que ocorre devido aos processos mórbidos, que podem acometer os idosos. Portanto, os idosos podem ser um grupo vulnerável por sua própria condição resultante do seu ciclo vital. Contudo, apesar de o ser humano ser biopsicossocialmente vulnerável, é possível aos indivíduos tomar consciência dessa vulnerabilidade, refletir sobre ela e desenvolver referências e formas de apoio para lidar da melhor forma possível com essa possibilidade.

A resiliência pode ser considerada como uma resposta aos diferentes tipos de vulnerabilidade, que pode ser definida como a capacidade de adaptação às situações adversas ligadas aos recursos internos (intrapsíquicos) e externos (ambiente social e afetivo), que permitem aliar uma construção psíquica adequada à inserção social, podendo ser ainda definida como um desenvolvimento normal perante circunstâncias difíceis.

Pensar em vulnerabilidade nos demanda ir além da investigação de danos físicos, emocionais e mentais, pois se trata de uma construção de natureza sócio-histórica, envolvendo compreensões sobre sua complexidade, no que tange às categorias, causas e efeitos (Maia, 2011). As categorias são: física, psicológica, social, pesquisa, política, sexualidade, espiritual, gênero e etnia; 2) as causas são: mudanças biológicas e psicológicas, mudanças na saúde mental, aposentadoria, diminuição da renda, idade, questões éticas, legislação, mitos em relação à pessoa idosa, dificuldade de acessar locais de culto, diferenças nas pensões e discriminação. Por fim, os efeitos são: necessidades complexas como quedas, desnutrição, risco de viver sozinho, abusos, perda da dignidade, isolamento social, perda de identidade, pobreza, exclusão social, solidão, probabilidade de morar em alojamentos, perda de autonomia, baixa qualidade de vida, inclusão/exclusão de pesquisas, doenças sexualmente transmissíveis, ignorar questões relacionadas à homossexualidade, perda do senso de si próprio, perda do reconhecimento, marginalização e racismo (Maia, 2011).

A revisão realizada por Maia (2011) aponta a utilização das dimensões da vulnerabilidade para contextualizar o idoso e os recursos de saúde no Brasil. Sugerem que a utilização do conceito de vulnerabilidade possibilita a proposição de uma reconstrução ampliada e reflexiva das práticas em saúde relacionadas à promoção e proteção da saúde do idoso. O reconhecimento da vulnerabilidade possibilita a mobilização de profissionais e da população civil, utilizando-se processos educativos construtivistas para transformações sociais alicerçadas nas relações intersetoriais e na ação comunicativa entre os sujeitos.

Sendo assim, o conceito de vulnerabilidade aplicado ao envelhecimento ainda é pouco utilizado, mas é perceptível o aumento do interesse por pesquisadores nos últimos anos. Identificar entre os idosos aqueles que são vulneráveis, pode ser fundamental para auxiliar os gestores no planejamento da adequação dos serviços e das

política de saúde, priorizando recursos para o atendimento preventivo, postergando agravos e , conseqüentemente, diminuindo custos (Maia, 2011).

Vulnerabilidade e Gerontologia

O envelhecimento, quando mal gerenciado pelos indivíduos e as coletividades, pode implicar em aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial, em parte em virtude do declínio biológico típico da senescência, o qual interage com processos socioculturais, com os efeitos acumulativos de condições deficitárias de educação, renda e saúde ao longo da vida e com as condições do estilo de vida atual (Rodrigues & Neri, 2012). Em maior ou menor grau, aspectos individuais, coletivos, contextuais e históricos das experiências de desenvolvimento e de envelhecimento geram possibilidades de adoecimento e dificuldades de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade (Rodrigues & Neri, 2012).

Assim, ao relacionarmos vulnerabilidade e envelhecimento, devemos ser cuidadosos ao considerar os casos de doença em idosos, por exemplo, como mero resultado de comportamentos de saúde inadequados ao longo da vida, ou seja, como influenciadas apenas pelas condições biológicas e comportamentais, sob o risco de atribuir, quase que, exclusivamente, ao indivíduo, a responsabilidade por sua condição (Maia, 2011).

O fenômeno do envelhecimento populacional e o aumento do número de idosos são os pilares de estudos multi e interdisciplinares. Um campo do conhecimento que surge nesta direção é a Gerontologia. Ela busca compreender o envelhecimento humano em suas três vertentes: biológica, social e psicológica (Domingues *et al.*, 2011). A Gerontologia surge como ciência que estuda e procura desenvolver respostas para as questões do envelhecimento, estudando várias vertentes do envelhecimento e se propõe a atuar perante a pessoa idosa de uma forma integral (Vara, 2012).

Para tanto, trabalhar com o foco na gestão de casos sem dúvida pode ser uma concepção de intervenção social bastante produtiva e promissora. Esse gerenciamento tem por finalidade coordenar os recursos advindos da comunidade a colaboração da equipe multidisciplinar com vistas a responder às necessidades dos indivíduos

(Rodríguez, 2011). Conforme Rodríguez (2011), o modelo de atenção integral às pessoas concentra-se nos seguintes princípios: dignidade; concorrência, autonomia, participação, abrangência, independência, individualidade, inclusão social, bem-estar e continuidade de cuidados. O mesmo autor ainda destaca que a atenção aos idosos pode ser entendida sob três planos, que tem por objetivo de ajudar o profissional a gerir melhor os cuidados com os idosos.

O primeiro plano, o *Plano de Vida e Cuidados*, é uma ferramenta básica onde os profissionais podemos coletar as avaliações, informações, objetivos pessoais, ideias, propostas de intervenção personalizada de apoio e recomendações para a pessoa a adquirir o mais alto grau sobre suas vidas diárias; O segundo plano, o *Plano de cuidado personalizado*, é compreendido a partir da participação do idoso, dos familiares e dos profissionais; por fim, o terceiro plano, o *Plano de Atenção e Vida* (PAV), propõe incorporar um formato próximo aos planos de cuidados para serem utilizados nos serviços gerontológicos.

Apoio Social e Envelhecimento

Segundo Domingues e colaboradores (2011), a rede de suporte social pode ser dividida em informal e formal. A informal são os familiares, amigos e vizinhos, já o formal são as organizações e profissionais que fazem parte da rede de suporte social como, por exemplo, os atendimentos domiciliares oferecidos por algumas universidades públicas, programas da Secretaria de Saúde como Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Acompanhantes de Idosos (PAI). As redes de suporte social são vínculos indispensáveis. Elas são construídas ao longo das nossas vidas.

A rede de suporte informal apresenta-se como de extrema importância para os idosos que apresentam fragilidade e dependência. Quando esse apoio não é eficiente o apoio formal entra para dar apoio no suporte social através da atenção multiprofissional, que necessita de cuidados particulares e singulares (Domingues *et al.*, 2011).

Além disso, os relacionamentos entre amigos e idosos são benéficos porque a relação é espontânea, dando mais ênfase no atendimento a necessidades afetivas, pois os idosos estão compartilhando experiências de vidas, valores e significados que eles apresentam em comum. Essa dinâmica trata-se do conceito de *comboio social*, pois

identifica a mesma coorte de pessoas que compartilham apoios de natureza afetiva (Neri, 2008).

Conforme Neri (2008), rede de suporte social significa "conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber" (p.172). Para a autora, sua estrutura e funções sofrem alterações que dependem das necessidades das pessoas. As principais funções das redes de relações e suporte social são de dar e receber apoio emocional, ajuda material, serviços e informações; manter e afirmar a identidade social; estabelecer novos contatos sociais; permitir às pessoas crerem que são cuidadas, amadas e valorizadas; dar garantias a eles que pertencem a uma rede de relações comuns e mútuas e dar chances que as pessoas desenvolvam estratégias de comparação de suas competências e realizações com as de outras pessoas. Essas funções são mecanismos importantes para a velhice, porque faz com que o idoso se adapte às perdas físicas e sociais.

Conforme a revisão realizada por Neri (2008), as redes de suporte social apresentam as seguintes características: *propriedades estruturais* (tamanho, estabilidade, homogeneidade, simetria, complexidade e grau de ligação entre seus membros); *natureza de relações* (formais x informais; envolvendo amigos x familiares e pessoas afetivamente próximas x distantes) *tipos de interação que proporcionam* (afetivas, informativas ou instrumentais) e *grau de desejabilidade* (de livre escolha x compulsórias, agradáveis x desagradáveis, funcionais e disfuncionais).

Portanto, verificamos com o passar dos anos, que as pessoas vão perdendo contatos próximos e, com isso, alguns idosos podem ser os únicos sobreviventes em seu círculo de relações e, mesmo que convivam com outras pessoas, talvez essa não seja a relação que o idoso possa contar afetivamente (Domingues *et al.*, 2011). Sendo assim, isso nos mostra o quanto o apoio da rede de suporte social é relevante e como esse suporte pode auxiliar esses idosos. Oportunizar novos espaços e papéis sociais na velhice podem igualmente fortalecer ou ampliar as redes. Entende-se que o Brasil ainda precisa reunir esforços nesta direção.

Políticas Públicas e Envelhecimento

No final da década de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a

utilizar o *conceito de envelhecimento ativo* a fim de incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Esse conceito pode ser compreendido “como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação, segurança social, com objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (Mesquita, Costa & Carvalho, 2011, p.1615). Desse modo, o envelhecimento ativo aborda o reconhecimento dos direitos humanos, incorporando os princípios da Organização das Nações Unidas (ONU), à independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização (Mesquita, Costa & Carvalho, 2011).

O envelhecimento na atualidade é destaque como questão pública e como tal deve ser focalizado para o desenvolvimento humano, ao contrário de ser visto como problema social, conforme a revisão feita por Mesquita, Costa e Carvalho (2011). Os autores ainda apontam que as políticas públicas devem identificar demandas de grupos populacionais, gênero, áreas territoriais e ambientais. Importante observar as características peculiares da heterogeneidade com que se manifestam. Sendo assim, uma política deve visar a integração da população, buscando reduzir a iniquidade, de tal modo que nenhum grupo etário seja discriminado na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais.

Uma política específica para a população idosa precisa ser planejada considerando a relação que envolva articulação, continuidade e solidariedade entre os diversos atores e territórios, demonstrar com clareza as diretrizes e papéis dos órgãos e setores que serão responsáveis pela consecução e pelo seu monitoramento e, por fim, saber ouvir os idosos, suas manifestações através de fóruns como conselhos e associações (Mesquita, Costa & Carvalho, 2011). Para uma política ser holística deve contemplar medidas que equacionem o viver melhor nas condições sociais em geral, acrescentando aos aspectos de saúde, a economia, à política, a ecologia, ambiente, hábitos de vida pessoal, direcionando para ações coletivas e intersetoriais (Mesquita, Costa & Carvalho, 2011).

Sendo assim, os órgãos e entidades governamentais deverão promover a elaborar planos, programas e projetos que possam ter as seguintes diretrizes: Promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada, estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção gerontológica (Mesquita, Costa & Carvalho, 2011).

Conclusão

O envelhecimento é um processo biopsicossocial, que faz parte do desenvolvimento humano. Possui características próprias que necessitam ser reconhecidas e identificadas. A vulnerabilidade adquire diferentes formas e dimensões. Mediante essas duas perspectivas é que as políticas devem atuar. A intenção é intensificar os cuidados e atenção, buscando diminuir as diferenças e desigualdades, especialmente associadas à raça, ao gênero, a idade, a renda e a etnia, de modo geral.

Devemos pensar e trabalhar na promoção de condições que desenvolvam políticas mais estruturadas, supervisionadas e avaliadas permanentemente, a fim de que possam reduzir as desigualdades e exclusão social. A necessidade de apoio social e de uma rede social forte podem trazer um efeito protetor aos indivíduos ao longo da vida, diminuindo o isolamento, a fragilidade e a vulnerabilidade na velhice. Desse modo, as políticas públicas devem garantir as necessidades, promover acesso, condições e orientação para o exercício dos deveres e proteção dos direitos durante todo o processo de envelhecimento, inclusive em casos extremos de vulnerabilidade.

Recebido em 02/12/2012

Aceito em 12/12/2012

Referências

Amendola, F. (2012). Construção e Validação de um índice de Vulnerabilidade de Famílias e incapacidades e dependentes. Tese de doutorado, 22, 34-36. Recuperado em 25 setembro, 2012, de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-25052012-093437/pt-br.php>.

Domingues, M.A. *et al.* (2011). Instrumentos de Avaliação de Rede de Suporte Social a Idosos. Freitas, E.V.de *et al.* (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1627-1628. (3ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

Lopes, A. (2000). *Os desafios da Gerontologia no Brasil*. Campinas (SP): Alínea.

Maia, F.de O.M. (2011). *Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE*, 21-23,31-34,43-47. Tese de Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP). Recuperado em 25 out., 2012, de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-24102011-080913/>.

Mesquita, R.A.V., Costa, N.E., Carvalho, H.B.C. de & Freitas, E.V.de *et al.* (Orgs.). (2011). *Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento e Velhice. Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1614-1620. (3ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

Neri, A.L. (2008). *Redes de Suporte Social. Palavras-chave em Gerontologia*, 172-173. (3ª ed.). Campinas (SP): Alínea.

Organização Mundial da Saúde. (2012). Moraes, E.N. Atenção a saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 9. Recuperado em 29 janeiro, 2013, de: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.

Pavarini, S.C.I. *et al.* (2009). *Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários*, 01-03. São Carlos (SP). Recuperado em 25 setembro, 2012, de: http://sumarios.org/sites/default/files/pdfs/47994_5759.PDF.

Plano de Assistência Social da Cidade de São Paulo – PLAS. (2010, out.). Secretaria Municipal de Assistência Social: 2009-2012, 23-24.

Rodrigues, N.O. & Neri, A.L. (2012). Vulnerabilidade social, individual e pragmática em idosos da comunidade dados do estudo Fibrá. Campinas (SP): *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2130. Recuperado em 25 setembro, 2012, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/23.pdf>.

Rodríguez, T.M. (2012). La Atención Gerontológica Centrada en La Persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria-Gastelz. Recuperado em 25 out., 2012, de: www.euaskadi.net/ejgvbiblioteca.

Sánchez, A.I.M. & Bertolozzi, M.R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 320-323, São Paulo (SP). Recuperado em 25 set., 2012, de: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>.

Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. (2010). Vigilância e Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas. São Paulo (SP): SESC/SP, 10. Recuperado em 30 set., 2012, de: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001>.

Vara, M. (2012, abril). O olhar do gerontólogo. Pereira, F. (Coord.). *Teoria e Prática da Gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos*, 65-76. Viseu (Portugal): Editora Psico & Soma.

Recebido em 02/12/2012

Aceito em 12/12/2012

Michelle Rinco - Graduanda em Gerontologia EACH-USP.

E-mail: michelle.rinco@usp.br

Andrea Lopes – Antropóloga. Docente do curso de Graduação em Gerontologia EACH USP.

E-mail: andrealopes@usp.br

Marisa Accioly Domingues - Assistente Social. Docente do curso de Graduação em Gerontologia EACH USP.

E-mail: maccioly@usp.br