

Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo

Reflections on the promotion of Active Aging

Wilson José Alves Pedro

RESUMO: A partir das diretrizes internacionais sobre Envelhecimento Ativo, o presente estudo analisa alguns desdobramentos destas no Estado de São Paulo, bem como estratégias implantadas no interior do Estado, na região do Departamento Regional de Saúde III – Araraquara (SP), da Secretaria de Estado da Saúde. Esta região conta com uma população idosa de 12,05%. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo. Através de análise documental, identificaram-se estratégias implantadas em diversas áreas.

Palavras-chave: Gerontologia social; Envelhecimento Ativo; Gestão Pública.

ABSTRACT: *From the international guidelines on Active Aging, this study examines some of these developments in the state of São Paulo, as well as strategies deployed within the state, in the region of the Regional Health Department III - Araraquara the State Department of Health This region has an aging population of 12.05%. This is an exploratory and descriptive. Through documentary analysis identified strategies deployed in several areas.*

Keywords: *Social Gerontology; Sociology of Aging; Active Aging.*

Introdução

A tese de que “vivemos em uma sociedade em vias de envelhecimento, em que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais está em constante crescimento” (Giddens, 2005, p. 144), traduz-se hoje em “um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios” (WHO, 2005, p. 8). Torna-se imprescindível fomentar a produção de conhecimentos e a formação de recursos humanos, visando a condições objetivas e subjetivas em prol do envelhecimento digno – individual e coletivo. Desde o princípio defende-se que a esfera pública tem um papel fundamental neste processo.

Fruto de nossas incursões no campo da Gerontologia Social – entre as demandas da formação de recursos humanos e das interações político-científicas, o presente artigo propõe algumas reflexões sobre a promoção do envelhecimento ativo, em suas dimensões teóricas, jurídico-políticas, bem como a caracterização de estratégias implementadas nos municípios do interior do Estado de São Paulo. Tal como preconiza o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) - o Estado, compartilha responsabilidades com a sociedade civil – família e comunidade; e deve gerir prioritariamente ações que garantam o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade; ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003). Portanto, compreender e agir neste cenário torna-se um grande desafio acadêmico e político.

O envelhecimento da população brasileira se acentuou significativamente entre 1980 e 2010. O Brasil passou da 116ª para a 91ª posição em expectativa de vida, tendo aumentado esta expectativa de 62 para 73 anos neste período. O Brasil tem mais de 22 milhões de pessoas maiores de 60 anos (60+), o que representa aproximadamente 10,98% da população brasileira (Brasil, 2013). Projeções para o ano de 2025 apontam que o Brasil terá cerca de 36 milhões de pessoas com 60+ (Brasil, 2013), ou seja, será o sexto país do mundo, em números absolutos de população idosa (WHO, 2005). Dados também apontam mais de 2,6 milhões de pessoas com 80+ (Brasil, 2013). Se as projeções se consolidarem em 2050 quase 30% da população brasileira terá 60+.

A ampliação da expectativa de vida, a prevenção de doenças crônicas e degenerativas, as demandas pelos direitos e pela participação social coexistem com a problemática da morbimortalidade das pessoas idosas, provocadas pela perda da capacidade cognitiva, pela instabilidade postural, pela imobilidade, pela incontinência esfinteriana, pela incapacidade comunicativa e iatrogenia requerendo novas

organizações e redes. As transformações no mundo do trabalho, os novos arranjos familiares e as transformações científicas e tecnológicas impactam também no cotidiano das pessoas com 60+. As relações intergeracionais, a seguridade social e as redes de apoio precisam ser compreendidas, analisadas e socialmente trabalhadas. Dentre outros, estes aspectos desafiam o cotidiano cidadão e profissional, bem como as agendas das políticas públicas, evidenciando a necessidade de fomentar estudos e pesquisas.

É fundamental investigar as especificidades da realidade brasileira à luz das diretrizes internacionais. Mas também é imprescindível analisar as conquistas, demandas e prioridades, fruto do processo sócio histórico das lutas, das perdas e das conquistas. A realidade brasileira é singular e plural. Os estudos e intervenções devem considerar suas especificidades e a diversidade: as características regionais e locais; as especificidades de gênero, raça-etnia, classe social, a vida urbana e a rural que determinam a saúde e o envelhecimento. Os direitos humanos, expressos nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - universalidade, equidade, integralidade da atenção, devem ser contemplados nas investigações.

O Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), em seus três macros componentes - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde estabelece prioridades para os estados brasileiros. Cada estado brasileiro e cada município são corresponsáveis para o desenvolvimento de políticas e ações. Nestas, a promoção de saúde e a do idoso são prioridades. É preciso fomentar reflexões e análises sobre os direitos deste segmento social; o que está em curso e por onde avançar?

As diretrizes de promoção de saúde do idoso brasileiro priorizam: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade de atenção à saúde da pessoa idosa; o estímulo à participação e fortalecimento do controle social; a formação e educação permanente dos profissionais de saúde; a divulgação e informação para gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde; a promoção e cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Brasil, 2010, p. 24). Aponta-se a necessidade de investigar como estas diretrizes tornam-se (ou não) estratégias de promoção de envelhecimento ativo e em quais condições e estágios se encontram.

O presente estudo propõe um recorte sobre uma região do interior do Estado de São Paulo, o Departamento Regional de Saúde III – Araraquara (DRS III) da Secretaria

de Estado da Saúde. Esta abrange 24 municípios e o referido estado é o que abrange o maior contingente populacional do país, inclusive com 60+ e um dos estados pioneiros em programas e ações que se voltam para as demandas da transição demográfica.

A Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) pertence a essa área de abrangência, sendo a primeira universidade pública, localizada no interior, com o projeto de formação de Bacharéis em Gerontologia. Este curso vincula-se ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, o que lhe atribui uma identidade própria tanto na aproximação com as demais carreiras da área da saúde, quanto no caráter interdisciplinar. O projeto político pedagógico do Curso de Graduação em Gerontologia contempla a gestão da velhice saudável como um dos eixos norteadores de formação deste profissional (UFSCar, 2009) e a saúde – em sentido lato - tem sido a tônica da formação.

A região, o local e o território são considerados espaços de consolidação da garantia dos direitos, da satisfação das necessidades e da resolutividade dos problemas vivenciados pelas pessoas, uma vez que é o lócus de construção da identidade – de todos e de cada um (Pedro, 2011).

A concepção de envelhecimento que temos trabalhado fundamenta-se na abordagem social da gerontologia. Esta compreende o envelhecimento como um processo dialético individual e coletivo, “com base em experiências, que não ocorrem isoladamente e que é influenciado pelas relações do entorno” (Caldas, 2007, p. 82). Nesse processo, a multi-determinação está contemplada, com prioridade nas dimensões sócio psicológicas – objetivas e subjetivas - da velhice e do envelhecimento.

Defende-se que é preciso conduzir esforços para a construção de um conhecimento capaz de apreender tais dimensões: individual, intra e intersubjetivas; sociais, históricas e culturais e as suas respectivas interações, bem como as consequências e impactos no curso da vida. Canalizam-se esforços para a construção de aportes teóricos neste sentido (Pedro, 2013).

Uma das principais preocupações da Gerontologia Social é compreender a maneira pela qual o indivíduo interage com a sociedade no curso da vida, especialmente na fase em que envelhecem e de como as estruturas sociais determinam o processo de envelhecimento. Estudar o humano “deve ficar claro que está sempre estudando uma formação material determinada, qualquer que seja o corte feito na universalidade das relações recíprocas em que está inserido” (Ciampa, 1993, p.150).

Têm-se desenvolvido elementos para análises das variáveis estruturais em nível macro, as relações sociais amplas e a situação dos indivíduos dentro destas estruturas (Pedro, 2013). Estas traduzem várias matrizes e correntes do pensamento social – das escolas clássicas às contemporâneas. A revisão e sistematização de conhecimentos das ciências humanas e sociais sobre velhice e os processos de envelhecimento na contemporaneidade são imprescindíveis, pois há grandes tendências ideológicas neoliberais de fragmentação e reducionismo muito presentes na construção do saber científico e tecnológico, bem como nas práticas e intervenções junto a pessoas idosas. Fica também o registro da emergência de um campo de saber interdisciplinar para o estudo da velhice e do envelhecimento - complexo em sua essência e desafiante pelas diversas e complexas demandas e a sociologia tem uma contribuição muito efetiva (Caradec, 2010). É nesta perspectiva em construção que avançamos.

Envelhecimento ativo: conquistas e desafios

Neste estudo adota-se a expressão envelhecimento ativo com a mesma perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS): “um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Um projeto inovador de uma Política de Saúde, que contribuiu para disseminar e orientar a formulação de planos de promoção do envelhecimento ativo e saudável (WHO, 2005).

O termo “ativo” diz respeito “à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho”. O objetivo do envelhecimento ativo é “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (WHO, 2005, p. 13).

Uma abordagem de promoção do envelhecimento ativo para o desenvolvimento de políticas e programas tem que potencialmente articular os desafios do envelhecimento individual e coletivo. A cultura e o gênero aspectos imprescindíveis para o envelhecimento. A cultura por abranger todas as pessoas e populações. Ela modela nossa forma de viver e envelhecer e influencia os determinantes. O gênero, uma

construção sócio-histórica (Scott, 1995) manifesta variações de expressão de valores, tradições e atitudes.

Para a OMS, há um conjunto de fatores determinantes do envelhecimento ativo: a) o acesso aos serviços sociais e de saúde com uma perspectiva do curso da vida para a promoção de saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo; b) os aspectos comportamentais com ênfase no estilo de vida e promoção no autocuidado; c) os aspectos pessoais genéticos e psicossociais; d) o ambiente físico que implica em moradia, infraestrutura e prevenção de quedas; e) o ambiente social – com rede de apoio social, oportunidade de educação e aprendizagem ao longo da vida e sistema de proteção de garantias dos direitos sociais; f) os aspectos econômicos – renda, proteção social e trabalho. Estes determinantes estão sistematizados e estruturam-se em três pilares na política para a promoção do envelhecimento ativo: participação, saúde e segurança (WHO, 2005).

Há de se observar ainda que a OMS também aponta a necessidade de ações intersetoriais para atingir os objetivos de promoção do envelhecimento ativo, para além dos serviços sociais e de saúde, incluindo educação, emprego e trabalho, segurança social e financeira, habitação, transporte, justiça e desenvolvimento rural e urbano. Estrategicamente são elencadas propostas da política, algumas abrangentes a todas as idades e outras mais específicas para os mais próximos dos sessenta anos e/ou 60+, bem como com colaborações internacionais (WHO, 2005).

O ano de 2002 é o marco da Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizada em Madri, na Espanha. Entretanto para a compreensão mais ampla dessa temática é preciso retroagir à segunda metade dos anos de 1980 em que mudanças do modelo político-econômico brasileiro amalgamam-se nas projeções da transição demográfica. No que tange às dimensões sócio-históricas deste tema, é preciso evidenciar alguns elementos jurídico-políticos para melhor compreender o desenvolvimento de estratégias que traduzem as conquistas e expressam os desafios. Movimentos sociais, avanços científicos e tecnológicos repercutem diretamente na agenda políticas brasileira. Uma fase de luta democrática, com aceleradas transformações e conquistas. Problemas e contradições nas mais diversas esferas estão presentes, inclusive os paradoxos da transição demográfica.

Conduzindo a análise na perspectiva do direito à saúde (em sintonia com as considerações prévias da OMS) toma-se como marco histórico a promulgação da Constituição Federal de 1988, e posteriormente a criação do Sistema Único de Saúde –

SUS, complementado pelas Leis Orgânicas de Saúde (8080/90 e 8142/90). Nelas, o direito universal e integral à saúde no Brasil torna-se uma garantia constitucional. As políticas de saúde brasileiras devem “assegurar a atenção à toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidade de saúde da população e dos indivíduos (Brasil, 2010, p. 19)”.

Com a Política Nacional do Idoso e através da Lei 8842/94 (regulamentada pelo Decreto Lei 1948/96) assegura-se também um conjunto de direitos sociais para a pessoa idosa, oportunizando a promoção de sua autonomia, integração e a participação efetiva na sociedade brasileira, reafirmando os diversos níveis de atendimento do SUS, condição *sine qua non* para o desenvolvimento de estratégias de promoção do envelhecimento ativo. Dentre várias normatizações e regulamentações, a Portaria Ministerial n.º 1395/99 estabelece detalhadamente a Política Nacional de Saúde do Idoso que determina que os órgãos do Ministério da Saúde promovam a adequação de planos, projetos e ações de acordo com diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Pela Portaria GM/MS n.º 702/2002 foi proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pelo NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde. Neste contexto, como parte da operacionalização das redes são criados critérios para cadastramento dos Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso.

Com a Lei 10741 – Estatuto do Idoso, de 1º de outubro de 2003, a população brasileira conquista um dos mais efetivos estatutos em defesa dos direitos ao envelhecimento. Em seus dispositivos preliminares declara:

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para a preservação da saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Em seu Artigo 15, o Estatuto do Idoso prevê a garantia da atenção à saúde de forma integral e em todos os níveis de atenção são disciplinados, referendando o papel

do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário, num conjunto articulado de ações e serviços (Brasil, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria n.º 2528/2006) reafirma que é “indispensável à condição funcional ao serem formuladas políticas de atenção à saúde da pessoa idosa, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil e as ações devem ser pautadas de acordo com estas especificidades”.

Em seu conjunto, as diretrizes jurídico-brasileiras têm os elementos-chave preconizados pela OMS, do que se convencionou chamar Envelhecimento Ativo. O termo Ativo, na perspectiva apontada pela Organização Mundial de Saúde refere-se “à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis e não somente a capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho” (WHO, 2005, p. 13).

As responsabilidades de promoção do envelhecimento ativo devem ser desenvolvidas nos vários níveis da organização político-administrativa brasileira (federal, estadual e municipal); seguindo as diretrizes jurídico-políticas nacionais, bem como as características e demandas regionais e locais.

Pode-se, portanto, afirmar que a promoção do envelhecimento ativo ganha contornos e especificidades na realidade brasileira, carecendo neste intervalo de mais de uma década, de fomento de estudos para uma melhor compreensão de sua diversidade e das especificidades, das conquistas e desafios.

Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa social, de natureza exploratória e descritiva. Tendo por pressuposto que as responsabilidades de promoção do envelhecimento ativo devem ser desenvolvidas nos vários níveis da organização político-administrativa (federal, estadual e municipal), tal com aponta o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), delimitou-se como universo da investigação os 24 municípios de abrangência da região da DRS III.

Através do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2011, 2013) e Fundação Seade (2011), foram coletados dados e informações, visando à caracterização do perfil populacional e da região em estudo.

Esta etapa se deu em duas fases: uma exploratória-piloto em 2011 (Pedro e cols.) e a outra de confirmação-validação dos dados no ano de 2013.

A fim de caracterizar as diretrizes jurídico-políticas para a promoção do envelhecimento ativo no Estado de São Paulo, realizou-se um estudo exploratório através de análise documental. Analisaram-se documentos (n=3) sobre as diretrizes normativas do Estado de São Paulo: Lei n.º 12.548/2007, que consolida a legislação relativa ao idoso no Estado de São Paulo; Futuridade - o Plano Estadual para a Pessoa Idosa (2008); e o Decreto Lei n.º 58.047, de 15 de maio de 2012, que institui o Programa Estadual “São Paulo Amigo do Idoso”.

Foram acessados os *sites* das Prefeituras Municipais (n=24) localizados na região da DRS III; bem como outros *sites* de organizações públicas e privadas desta região que contemplavam informações relevantes para o estudo. Esta etapa de coleta de dados se deu em duas fases: uma exploratória-piloto em 2011 (Pedro e cols.) e a outra de confirmação-validação dos dados no ano de 2013.

Os dados foram sistematizados e analisados visando categorização das estratégias segundo sua natureza predominante e frequência. Como critério de inclusão das informações foi priorizado as vinculadas à gestão pública. Entretanto, outros setores também foram contemplados mediante relevância da estratégia atribuída pelo pesquisador.

Resultados e Discussão

Caracterização da região em estudo

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada do Brasil é de 201.032.714 habitantes (BRASIL, 2013), sendo 101.695.856 mulheres (50,6%) e 99.326.858 homens (49,4%). Esta população está distribuída em um território de 8.515.692,27 km². Um território bastante heterogêneo, composto por 27 Unidades de Federação e 5.565 municípios. São cinco regiões brasileiras: norte, sul, sudeste, nordeste e centro-oeste com grande diversidade e especificidades demográficas, econômicas, sociais e culturais, que determinam o curso da vida.

A população brasileira é predominantemente urbana, ou seja, 84,35% desta população vivem nas cidades. Possui 42.851.326 domicílios (sendo que 74,2% dos brasileiros residem em casa própria). A população economicamente ativa é de 79.315.287 pessoas. O nível de analfabetismo do brasileiro reduziu de 12% em 2000 para 9,6% em 2010.

Em 2013, o Brasil possui 22.077.318 pessoas com 60+, ou seja, 10,98% da população. Observa-se as projeções os brasileiros nascidos em 2013 possuem uma expectativa de vida de 78,5 anos para as mulheres e de 71,3 para os homens. Em 2041 a esperança de vida deve chegar aos 80 anos. Estas tendências demonstram a relevância de análises e reflexões sobre as demandas destas transformações, em especial no que tange à promoção do envelhecimento ativo.

O Estado de São Paulo, o mais populoso do país, dispõe de 43.6663.669 habitantes. Localizado na região sudeste do Brasil, com significativo crescimento populacional e uma proporção de 12,15% de pessoas com 60+ (Brasil, 2013). O crescimento populacional deste segmento no Estado é bastante expressivo e as projeções indicam um crescimento cada vez maior (Seade, 2011).

Vale destacar que 50,76% da população do Estado de São Paulo é composta por mulheres e 49,24% por homens. Analisando a variável gênero com idade da população 60+ constata-se que 13,53% desta população é feminina e 10,74% é masculina.

Do ponto de vista da estruturação da área da saúde, os 645 municípios do Estado de São Paulo estão subdivididos em 5 macrorregiões de saúde (centro-leste, centro-oeste, nordeste, noroeste e sul/sudeste) que abrange 64 Regiões de Saúde. Estas estão agrupadas em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

A região de abrangência da DRS III conta com 974.410 pessoas, sendo 117.322 pessoas com 60+ numa proporção de 12,04%. Em 2011, quando se iniciou o estudo, o Estado de São Paulo apresentava a média de 10,64% de população com 60+ e a referida região com a média de 12,05% (Brasil, 2013).

Hoje constata-se que a região manteve em termos médios a porcentagem de pessoas com 60+ (12,04%) ficando entretanto alguns décimos abaixo da média do Estado de São Paulo (12,15%). A região do DRS III possui uma proporção de pessoas com 60+ superior à média nacional (10,98%). Há grande variação na proporção população com 60+ nos 24 municípios que compõe a região. Oscila entre 7,38% e 18,9% da população com 60+.

Uma região com menos de dois séculos de fundação, onde predomina atualmente uma vocação urbana e agroindustrial (com a coexistência de outras atividades produtivas), promove condições objetivas e subjetivas de vida e envelhecimento, que merecem ser compreendidas e analisadas. Nesta região realizam-se atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito da Gerontologia, da Universidade Federal de São Carlos, demandando continuamente conhecimento dos recursos disponíveis.

A DRS III subdivide-se em 4 Colegiados de Gestão Regional - CGR, denominados: Região Central, Região Centro-Oeste, Região Norte e Região do Coração. A DRS III é composta por 24 Municípios onde predominam a população até 20 mil habitantes (n=14). Quatro destes municípios possuem menos de 5 mil habitantes; seis possuem entre 5 e 10 mil habitantes e quatro possuem entre 10 e 20 mil habitantes. Apenas dois municípios congregam mais de 200 mil habitantes, ou seja, Araraquara e São Carlos.

Tabela 1 – População DRS III por Colegiado Regional de Gestão

Região DRS III	Municípios	População	Crescimento Populacional	Urbanização	Proporção de 60+
Central	Américo Brasiliense Araraquara Boa Esperança do Sul Gavião Peixoto Motuca Rincão Santa Lúcia Trabiju	303.742	1,86%	93,14%	11,98%
Centro Oeste	Borborema Ibitinga Itápolis Nova Europa Tabatinga	139.484	2,25%	87,82%	11,98%
Norte	Candido Rodrigues Dobrada Matão Santa Ernestina Taquaritinga	153.632	1,45%	93,12	11,98%
Coração	Descalvado Dourado Ibaté Porto Ferreira	377.632	2,08	98,78	11,86%

	Ribeirão Bonito São Carlos				
Total	24 Municípios	974.410	1,93	92,52	12,04%

Constata-se que os dois Colegiados de Gestão Regional – Coração e Central, que congregam os dois maiores municípios, São Carlos e Araraquara, são as regiões com maior contingente populacional. O município de São Carlos com 236.457 habitantes e 12,14% da população com 60+. O município de Araraquara com 222.036 habitantes e 13,11% da população com 60+. Em números absolutos, estes dois municípios congregam 57.799 pessoas com 60+, ou seja, 49,26% da população com 60+ desta região. No conjunto esta região possui 117.322 pessoas com 60+, residindo nos municípios, conforme se demonstra no Gráfico 1, a seguir.

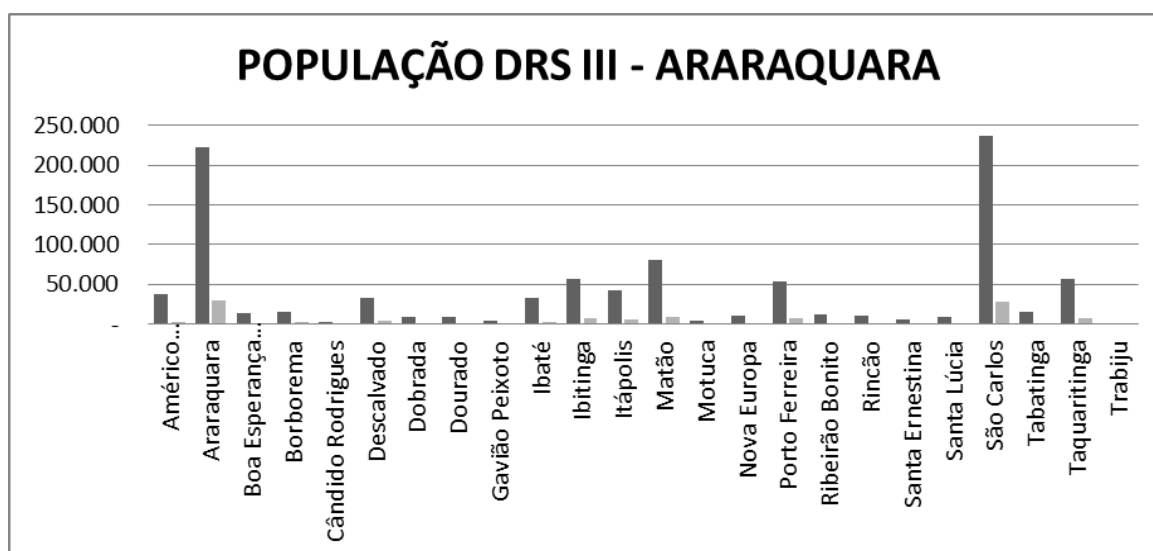


Gráfico 1: Distribuição da População por município

Constata-se também que, nos municípios de maior número de habitantes, é que se concentra o maior contingente populacional 60+: Araraquara (29.103) e São Carlos (28.696). Entretanto os Municípios com maior número de pessoas com 60+ da DRS III - Matão (8.958), Taquaritinga (7.481), Ibitinga (6.726), Porto Ferreira (6.581), Itápolis (5.949) e Descalvado (4.363) possuem um contingente de 35.695 pessoas com 60+.

É importante destacar que as preocupações com o envelhecimento convergem para as questões coletivas e individuais e que tais evidências demográficas não reduzem a relevância dos demais municípios da região no desenvolvimento de estratégias para a promoção do envelhecimento ativo e atenção às demandas e necessidades das pessoas e daquelas em processo de envelhecimento em particular.

A Região Central da DRS III é constituída por 8 municípios, com uma população de 303.742 habitantes. Três destes municípios possuem menos que 5 habitantes, 2 com entre 10 e 20 mil habitantes, 1 entre 20 e 50 mil e um com mais de 200 mil habitantes. O número absoluto de pessoas com 60+ nesta região é de 36.377, ou seja, 11,98 %.

A Região Centro Oeste é constituída por 5 municípios, com uma população de 139.484 habitantes. Três municípios desta região possuem população entre 10 e 20 mil habitantes, 1 entre 20 e 50 mil habitantes e 1 com mais de 50 mil habitantes. O número absoluto de pessoas com 60+ é de 17.503, ou seja, 12,55% da população.

A Região Norte é constituída também por 5 municípios, com uma população de 153.632 habitantes, sendo 1 município com menos de 5 mil habitantes, 2 entre 5 e 10 mil e dois entre 50 e 100 mil habitantes. A população em números absolutos é de 18.225 habitantes com 60+, com proporção de 11,86%.

Finalmente, a Região do Coração é constituída por 6 municípios, com uma população de 377.552 habitantes. Nesta região 1 município com menos de 10 mil habitantes, 3 municípios possuem entre 20 e 50 mil habitantes, 1 com mais de 50 mil habitantes e 1 com mais de 200 mil habitantes. Neste segmento são 45.217 pessoas com 60+, atingindo a proporção de 11,98%.

Esta região de 24 municípios totalizava em 2008 uma população 906.261 habitantes, com média de 12,05% de pessoas com 60+. Esta população ampliou em quase 7%. Apesar do predomínio de municípios de porte médio e mediano e a vocação agroindustrial da região, a concentração urbana é de 92,52%.

Algumas diretrizes jurídico-políticas da promoção do envelhecimento ativo no Estado de São Paulo

Como marco das diretrizes contemporâneas para a área do envelhecimento no Estado de São Paulo definiu-se o ano de 2007, com a promulgação da Lei n.º 12.548 que consolida a legislação relativa ao idoso no Estado de São Paulo. Esta lei orienta metas, ações, políticas e programas, em consonância com as legislações nacionais e diretrizes internacionais. Como desdobramento optou-se por uma breve caracterização do Futuridade, o Plano Estadual para a Pessoa Idosa datado de 2008 e posteriormente o

Decreto Lei nº 58.047, de 15 de maio de 2012 que institui o Programa Estadual “São Paulo Amigo do Idoso”.

Justifica-se a escolha, pela abrangência, relevância e contemporaneidade. Com Viana e Baptista (2008) corroboram-se as fases para análise da política social do tema envelhecimento (entrada na agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação da política e avaliação da política). Indubitavelmente, o Estado de São Paulo atravessa uma fase de implementação da política; perpassando para uma fase de monitoramento e avaliação destas estratégias.

A Lei n.º 12.548/2007 estabelece que a Política Estadual do Idoso é universal e regida pelo princípio de igualdade. Evidencia em seu artigo 4º que o processo de envelhecimento “deve ser objeto de conhecimento, estudo e informação da sociedade em geral”, apontando a seguir aos objetivos e metas visando ao cidadão com 60+, “condições necessárias para continuar o pleno exercício da cidadania plena” (São Paulo, 2007, p. 49). A referida legislação aponta a necessidade de ações integradas e de parcerias entre o poder público e a sociedade civil envolvendo as áreas de promoção e ação social, saúde, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça. Define políticas e programas que deverão nortear as ações para as pessoas idosas nas áreas do turismo, assistência social, vacinação, programa de atendimento geriátrico, programas educacionais e habitacionais. Reafirma ainda as diretrizes do Conselho Estadual do Idoso, bem como o Fundo de Amparo ao Idoso. É desta que se capilarizam muitas das estratégias em diversos municípios da região em estudo.

Em 2008, dando continuidade às ações do estado de São Paulo foi implantado o Plano Estadual para a Pessoa Idosa – Futuridade (São Paulo, 2008), coordenado pela Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social; com cooperação e parcerias interinstitucionais e intersetoriais. Fundamentou-se em normas e diretrizes internacionais (especialmente pela Declaração dos Direitos Humanos e Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento) e nacionais (pela Constituição da República Federativa do Brasil, Política Nacional do Idoso, Lei Orgânica da Assistência Social, Estatuto do Idoso, pela Política Estadual do Idoso, dentre outros). Entretanto, este Plano foi interrompido no mesmo ano.

Com seu caráter inovador - Futuridade - visava a “contribuir para a promoção do bem estar e da qualidade de vida das pessoas idosas, em especial das que estão em situação de vulnerabilidade social e descobertas de seus direitos, através da articulação e integração da secretaria e órgãos públicos estaduais, prefeituras e sociedade civil,

sensibilizando e instrumentalizando os gestores para que haja o fortalecimento e a expansão de ações voltadas á promoção do envelhecimento ativo no Estado de São Paulo” (São Paulo, 2008, p. 10)

Desenvolveu-se também o chamado Índice Futuridade. Este propunha caracterizar o município “quanto às suas iniciativas e cobertura na atenção/proteção à pessoa idosa, na perspectiva do envelhecimento digno e saudável, e, ao padronizar as informações disponíveis permite às administrações municipais identificarem seus pontos fortes e seus problemas, confrontando-se com os municípios semelhantes” (São Paulo, 2008, p. 16).

Baseado na concepção de envelhecimento ativo (WHO, 2005) o Índice Futuridade era composto pelas dimensões: a) ações de proteção social básica e especial para o idoso; b) participação; c) condições de saúde da pessoa idosa, sendo cada uma delas constituída por variáveis específicas (São Paulo, 2008, p.15).

Em síntese, o Índice Futuridade foi um indicador proposto (numa graduação de 0 a 100) para caracterizar o quanto o município ofertava condições de proteção, saúde e participação na assistência à Pessoa idosa. Quanto maior o índice, melhor as condições de oferta. Os resultados contemplaram apenas o ano de 2008, não havendo série histórica para análises e comparações. Fica o registro e a reflexão sobre as intermitências das políticas de estado e de governo também na área do envelhecimento.

Uma vez interrompido, o Futuridade cede lugar ao Decreto Lei 58.047/2013, que institui o Programa Estadual “São Paulo Amigo do Idoso” e o “Selo Amigo do Idoso”. Também fundamentado nas diretrizes nacionais e internacionais, este plano destaca as estratégias do “Guia Global: Cidade Amiga do Idoso” (WHO, 2008). Sua implementação remete à conjugação de esforços das Secretarias de Estado e entidades da Administração Direta e Indireta do Estado mediante a criação de uma Comissão Intersecretarial do Programa, visando ao envolvimento dos diversos setores sociais.

Abrange quatro pilares: proteção, educação, saúde e participação. O pilar proteção contempla investimentos em equipamentos municipais em Centro-Dia do idoso e Centro de Convivência do Idoso. Na educação, o fomento de centros de ensino e pesquisa para a formação de recursos humanos especializados, cursos de graduação e pós-graduação em instituições de ensino superior público do estado de São Paulo, universidade aberta à terceira idade e inclusão digital. No que tange à saúde, propõe-se a criação de centros de referência dos idosos, laboratório centro-dia e hospitais de

cuidados continuados. A participação é contemplada em ações na área de turismo e do Conselho Estadual do Idoso.

Este programa aponta ainda uma certificação do “Selo Amigo do Idoso” oferecida a municípios, Secretarias e visando a estimular os municípios e entidades públicas nas ações do programa e na obtenção de recursos do Fundo Estadual do Idoso.

Este breve panorama é fundamental para compreensão das estratégias descritas a seguir, pois impactam nas responsabilidades institucionais dos gestores municipais. Estratégias locais para a promoção do envelhecimento ativo se multiplicam na região em estudo: seja pela definição dos recursos orçamentários e financeiros, seja pelas especificidades e demandas locais e regionais.

Evidencia-se, portanto, que o envelhecimento é hoje pauta da agenda e da formulação de políticas.

Entretanto, no atual cenário político brasileiro, atrelado às tendências da transição demográfica (IBGE, 2013), esforços são requeridos da sociedade civil como um todo, e da universidade de modo especial, visando ao monitoramento e avaliação da tomada de decisão; da implementação e avaliação das políticas, das estratégias e ações voltadas à população idosa.

Sobre Estratégias de Promoção do Envelhecimento Ativo no interior do Estado de São Paulo

Em decorrência das diretrizes apresentadas, bem como das demandas e especificidades locais, evidenciam-se a diversidade e as especificidades das estratégias. Estas expressam a história, as demandas e características de cada lugar.

O que ora se apresenta são resultados preliminares, reflexões compartilhadas.

Cada estratégia, ou o conjunto, demandam e justificam a realização de novos estudos para aprofundamento.

Apesar de o universo delimitado vincular à estrutura administrativa a Regional de Saúde, é importante destacar que este é apenas um critério utilizado para delimitação da região e não uma afiliação exclusiva de estratégias desenvolvidas na área da “saúde” (em *stricto sensu*) e nem tampouco a priorização desta.

Os dados foram categorizados a partir da análise da predominância da estratégia, nas seguintes taxonomias: saúde; Educação, Previdência Social, Assistência Social, Trabalho e Emprego, Desenvolvimento Urbano, Transporte, Justiça e Direitos Humanos, Esporte e lazer, Ciência e Tecnologia.

Cada estratégia identificada é descrita em função de sua natureza. A seguir identifica-se como o símbolo - (>) maior ou (<) menor referente à frequência da estratégia nas informações levantadas sobre o conjunto dos municípios. Quando apenas um município desenvolve a estratégia, identificou-se esta com (*).

Não se faz menções específicas sobre a natureza da gestão (pública - municipal, estadual ou federal), privada, público-privada ou terceiro setor, coerentes com a proposta da investigação, que *a priori* propôs a identificação.

Há de se considerar que a área predominante do projeto e sua vinculação administrativa, sendo setorial e/ou intersetorial, requer também um maior aprofundamento na investigação da cada estratégia relacionada. Trata-se de sistematização preliminar com foco na evidência empírica.

Tabela 2: Estratégias de Promoção do Envelhecimento Ativo

NATUREZA PREDOMINANTE	DESCRIPTIVO
SAÚDE	<p>Atenção Primária em Saúde do Idoso: ações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia da Saúde da Família (>)</p> <p>Implantação da Caderneta de Saúde do Idoso: conforme diretrizes do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde (>)</p> <p>Campanhas de imunização: conforme diretrizes Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde, com cobertura municipal oscilando entre 65 e 100% (>)</p> <p>Campanhas educativas: divulgação de conhecimento técnico-científico a partir de temas específicos (saúde bucal, DST /AIDS e prevenção de quedas; problemas cognitivos) (>)</p>
EDUCAÇÃO	<p>Universidade Aberta da Terceira Idade: Programa da Fundação Educacional Municipal: realiza atividades educativas nas áreas de cidadania, artes, (*)</p> <p>Centros de Convivência: convivência e o uso do tempo livre através de ações socioeducativas (<)</p> <p>Grupo de Articuladores da Saúde do Idoso: grupo vinculado à Secretaria do estado da Saúde visando à educação permanente (>)</p> <p>Graduação em Gerontologia: visa à formação de bacharéis em Gerontologia (*)</p> <p>Curso de Aprimoramento e Saúde da pessoa Idosa: projeto da Escola Nacional de Saúde Pública para qualificar profissionais da Atenção Básica para ações na área do envelhecimento (<)</p> <p>Programas de Extensão Universitária: realizados por Universidades Públicas nas diversas áreas visando à divulgação científica e intervenções (<).</p> <p>Eventos: palestras, seminários sobre temas pertinentes ao envelhecimento (>)</p>
ASSISTÊNCIA SOCIAL	<p>CRAS – Centro de Referência e Assistência Social – ações realizadas em áreas de vulnerabilidade social visando a ações de prevenção e proteção às pessoas e comunidades (>).</p> <p>CREAS - Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS - ações especializadas para pessoas e famílias em situação de ameaça e/ou violação de direitos.>)</p>
PREVIDÊNCIA SOCIAL	<p>Benefícios previdenciários: solicitação de concessão de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, aposentadoria por idade (homens, 65 anos, mulheres, 60 anos); aposentadoria por tempo de contribuição; aposentadoria especial; auxílio-reclusão; auxílio-acidente; pensão por morte (>)</p>
TRABALHO E EMPREGO	<p>Economia Solidária: projetos de fomento a outras formas de organização econômica e produtiva através de cooperativas (*)</p> <p>Empreendedorismo Sênior: apoio ao empreendedorismo econômico na terceira idade (*)</p> <p>Trabalho Voluntário com Idosos: organizações sociais filantrópicas e/ou religiosas visando à participação social (<)</p> <p>Programa de Preparação para Aposentadoria: ações voltadas para o preparo após aposentadoria, prioritariamente para Servidores Públicos (*)</p> <p>Assentamentos rurais: identificação de demandas dos assentados (60+) em terras do Estado (*)</p>
DESENVOLVIMENTO URBANO	<p>“Cidade Amiga do Idoso”: discussões preliminares sobre a proposição do Projeto Cidade Amiga do Idoso; antecedendo ao Decreto Lei 58047/2012. (>)</p>
TRANSPORTES	<p>Acesso gratuito ao transporte coletivo: para maiores de 60 anos (>).</p> <p>Campanhas educativas: com tema central no trânsito e circulação humana (*)</p>
JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS	<p>Conselho Municipal do Idoso: previsto na Lei 8842/1994 e que devem zelar pelo cumprimento dos direitos do idoso e definidos na Lei 10.741/2003 (>)</p> <p>Conferência do Idoso: espaços públicos municipais e regionais que privilegiam a participação dos idosos visando à discussão e prioridades das demandas do envelhecimento para construção das políticas públicas (>)</p> <p>Vara Judicial do Idoso: órgão especializado para as demandas jurídicas do idoso (*)</p>
ESPORTE	<p>Programas de Atividade Física: desenvolvidas junto às Unidades de Saúde, praças públicas e/ou outros centros educativos e esportivos (>)</p> <p>Jogos – nas diversas modalidades esportivas, tipo cooperativos e competitivos, adaptados a características dos envolvidos (municipais e regionais). (>)</p>
ARTE & LAZER	<p>Exposições e eventos: produzidos por pessoas maiores de 60 anos, vinculadas a organizações e programas voltadas para a arte e cultura (música, teatro, dança, pintura, poesia, artesanato, dentre outras expressões). (>)</p> <p>Grupos de convivência: associações voluntárias de idosos que visam à participação e integração social através de diversas atividades sociais em espaços de entretenimento e lazer (>)</p> <p>Trabalho Social com Idosos: programa do Serviço Especial do Comércio destinado às pessoas maiores que 60, que prima pela promoção e reintegração social de seus participantes, proporcionando desenvolvimento pessoal por meio de atividades sociais, culturais e físico-esportivas. Vincula-se ao SES (*)</p> <p>Parque dos Idosos: equipamentos destinados à atividade corporal moderada, com independência e autonomia. O <i>layout</i> propicia a convivência interpessoal (<).</p>
CIÊNCIA E TECNOLOGIA	<p>Programa de Inclusão Digital: visando à alfabetização tecnológica nas tecnologias de comunicação e informação (<)</p>

Os dados demonstram a identificação de diversas estratégias. Em seu conjunto todas voltam-se para a promoção do envelhecimento ativo. A área da saúde, da assistência e da previdência social apresentam uma maior diversidade e abrangência. Seja por contemplar o coletivo da sociedade; seja por estarem pautadas e pactuadas historicamente em todo o curso da vida, destacam-se: atenção primária, imunização, campanhas, ações sociais, benefícios previdenciários.

Também se constata, majoritariamente, estratégias voltadas para arte, cultura, esporte e lazer, o que nos faz refletir sobre a relevância, a expressão, o envolvimento e as possibilidades de manifestações através destas dimensões socioculturais e a ocupação do tempo livre em locais com especificidades. As atividades físicas e esportivas ocupam hoje um lugar importante na representação social da promoção do envelhecimento ativo.

A judicialização como resposta à vulnerabilidade social e as múltiplas formas de violência, aponta também uma forte tendência de suporte jurídico na garantia dos direitos humanos das pessoas idosas, seja através dos Conselhos e das demandas judiciais que afetam o envelhecimento (violência, interdição, outros).

As principais lacunas, entretanto, encontram-se na área do trabalho e emprego, do compartilhamento do saber científico e tecnológico. Aqui uma observação faz-se necessária: não se tem a pretensão, neste estudo, de quantificarmos, nem qualificarmos a cobertura e o acesso. O que se evidencia é que há a existência-declarada da estratégia. Sua abrangência, eficácia e efetividade, não foram objeto de interpretação nesta reflexão.

Considerações finais

A evidência empírica de que a região da DRS III – Araraquara congrega inúmeras experiências na promoção do envelhecimento ativo pode ser confirmada mediante a circulação nos espaços públicos desta região: praças, eventos, fundações, associações, dentre outros. Entretanto, através do engajamento na Área de Articulação da Saúde do Idoso, desta região, a partir de demandas e do compartilhamento de experiências e com as atividades do eixo de Gestão da Velhice Saudável do Curso de Graduação em Gerontologia é que as evidências são ressignificadas e assumem corpo no presente estudo.

Por atuar no âmbito da Gerontologia Social, no contexto do envelhecimento ativo e saudável, torna-se imprescindível avançarmos as discussões nos aspectos sócio-culturais (WHO, 2005): a) heterogeneidade e diversidade da velhice (devido à diversidade de estilos de vida, oportunidades educacionais, situação econômica, expectativas e papéis sociais, aspectos psicossociais; b) participação social e econômica das pessoas em processo de envelhecimento; c) diversidade histórico-cultural (raça-etnia, coortes, classes sociais, gênero e afins).

Corroborar-se a tese de que há uma grande diversidade de processos e possibilidades de envelhecimento (ou não); mas há também especificidades que precisam ser perscrutadas e analisadas em nível local e regional, neste mundo globalizado (Pedro, 2013). A construção de condições objetivas e subjetivas, individuais e coletivas da universalidade do acesso aos programas e serviços, da integralidade da atenção deve ser objeto de preocupação dos atores sociais envolvidos nestes processos buscando a resolutividade dos problemas. O exercício para compreender e agir nas demandas dos processos de envelhecimento requer um esforço coletivo e integrado, conduzindo-nos a campos interdisciplinares do saber e requerendo ações intersetoriais. A inovação nas práticas e na construção dos saberes.

Apesar dos avanços nas políticas públicas, certamente muito se tem que caminhar no cotidiano da nossa realidade, quando o assunto é envelhecimento. Muitas são as demandas. É importante problematizar sob a perspectiva das ações públicas e da gestão, como da perspectiva da participação dos cidadãos no âmbito do controle social. Esta é uma etapa da presente investigação.

Estratégias inovadoras para a promoção da vida ativa e saudável em todos os ciclos da vida são desafiantes. No contexto do envelhecimento mais ainda, destacando o caráter imprescindível da participação e do controle social da sociedade civil e das pessoas que envelhecem.

A Universidade tem um papel crucial neste processo: a formação de recursos humanos, a produção e a divulgação científica. Os avanços devem ser cautelosos, apesar de urgentes. As parcerias com a rede de atenção às pessoas idosas são fundamentais neste processo para a compreensão e intervenção nas condições de vida das pessoas em processo de envelhecimento, bem como dos serviços e programas ofertados para a promoção de saúde e cidadania.

É também de fundamental importância não se perder a crítica e a busca de novas alternativas e possibilidades. Para isso, é imprescindível a escuta deste coletivo de

pessoas idosas, bem como o desenvolvimento de estratégias visando a ampliar o protagonismo e a participação social das pessoas de todas as idades na promoção de um envelhecimento humano digno.

O compartilhamento destas reflexões traduz um pouco na nossa recente inserção no campo da Gerontologia, revisitada à luz da nossa trajetória pelas Ciências Humanas e Sociais. O envelhecimento brasileiro é um “território de lutas e conquistas”. E problematiza-se: o que temos hoje será suficiente para satisfazer às complexas demandas dos processos de envelhecimento dos próximos anos? Certamente não. Carecem de aprimoramento e inovação. Assim, reitera-se que, para o enfrentamento destes e de outros desafios postos em nossa realidade, é preciso canalizar esforços num exercício interdisciplinar, visando à construção de condições objetivas e subjetivas para um envelhecimento humano digno no Brasil, quando a Ciência e a Política têm muito que “dialogar”.

Referências

BRASIL. (1990, set.). *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* Brasília (DF): Diário Oficial da União.

BRASIL. (1990, dez.). *Lei n.º 8.142, de 28 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.* Brasília (DF): Diário Oficial da União.

BRASIL. (1994, jan.). *Lei n.º 8842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.* Brasília (DF): Diário Oficial da União, Poder Executivo.

BRASIL. (1999, dez.). Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 1395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional do Idoso e dá outras providências.* Brasília (DF): Diário Oficial da União, Poder Executivo.

BRASIL. (2002, abr.). Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 702 de 12 de abril de 2002. Cria mecanismos para a organização e implementação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.* DOU. Brasília (DF): Poder Executivo.

BRASIL. (2003). *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002.* Organização das Nações Unidas. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

BRASIL. (2003, out.). *Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.* Brasília (DF): Diário Oficial da União.

- BRASIL. (2005). *Portaria GM/MS n.º 2510, de 19 de dezembro de 2005. Institui Comissão para elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde.*
- BRASIL. (2006, fev.). Ministério da Saúde. *Portaria GM 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dar divulgação ao Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e dá outras providências.* Brasília (DF): Diário Oficial da União, Poder Executivo.
- BRASIL. (2006, out.). Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa. PNSI.* Brasília (DF): Diário Oficial da União, Poder Executivo.
- BRASIL. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.* Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- BRASIL. (2010). *Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento.* Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- BRASIL. (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 02 setembro, 2013, de: www.ibge.org.br.
- BRASIL. (2013). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 02 setembro, 2013, de: www.ibge.org.br.
- Caldas, C.P. (2007). Teorias sociológicas do envelhecimento. *In: Papaleo Neto, M. Tratado de Gerontologia, 77-84.* Rio de Janeiro (RJ): Atheneu.
- Caradec, V. (2010). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement.* (2ª ed.). France: Armand Colin.
- Ciampa, A.C. (1993). *A estória de Severino, a história de Severina.* (3ª ed.). São Paulo (SP): Brasiliense.
- Giddens, A. (2005). *Sociologia.* (4ª ed.). São Paulo (SP): Artmed.
- Martins, G.de A. & Theophilo, C.R. (2007). *Metodologia da Investigação Científica para as Ciências Sociais Aplicadas.* São Paulo (SP): Atlas.
- Pedro, W.J.A. (2009). Envelhecimento masculino: dimensões objetivas e subjetivas. Uma reflexão psicossocial. *In: III Congresso Iberoamericano de Psicogerontologia, 2009. Gerações - Artigos e Ações em Gerontologia.* São Paulo (SP).
- Pedro, W.J.A. (2011). *A história de cada um, a história de todos nós.* São Paulo (SP): Livro Pronto.
- Pedro, W.J.A. e cols. (2011). Estudo sobre as estratégias de promoção do envelhecimento ativo e saudável no interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Trabalho de Iniciação Científica Voluntária.* Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). (Mimeo).
- Pedro, W.J.A. (2012). Gênero, tecnologia e envelhecimento. *In: Galindo, D. & Souza, L.L.de. (Org.). Gênero e tecnologias. Tecnologias do Gênero, 117-136.* Mato Grosso: EdUFMT.
- Pedro, W.J.A. (2013). O envelhecimento na sociologia brasileira contemporânea: notas preliminares. *Simpósio Ciências Sociais Cruzadas.* Instituto de Ciências Sociais. Portugal: Universidade de Lisboa, Universidade de Évora.
- SÃO PAULO. (2007, fev.). *Lei 12548. Consolida a legislação relativa ao idoso.*

- SÃO PAULO. (2007). *Plano Estadual para a pessoa idosa. Futuridade*.
- SÃO PAULO. (2009). *Matriz de indicadores de saúde*. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria da Saúde.
- SÃO PAULO. (2010). *Plano Regional de Saúde da Pessoa Idosa*. Departamento Regional de Saúde III – Araraquara (SP). (Mimeo).
- SÃO PAULO. (2013). *Decreto Lei 58.047. Institui o Programa Estadual “São Paulo Amigo do Idoso” e o “Selo Amigo do Idoso” e dá providências correlatas*. *Diário Oficial do Estado* (16 maio, 2012).
- Scott, J. (1995, jul.-dez.). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Porto Alegre (RS): *Educação e Realidade*, 20(2), 71-99.
- SEADE. (2011). Sistema Estadual de Análise de Dados. Recuperado em 02 outubro, 2012, de: <http://www.seade.gov.br>.
- UFSCar. (2009). *Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Gerontologia*. (Mimeo).
- Viana, A.L.d’A. & Baptista, T.W.F. (2008). Análise das Políticas de Saúde. In: Giovanella, L. e cols. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, 65-105. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz.
- WHO. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. World Health Organization. Organização Pan-Americana de Saúde. Suzana Gontijo, Trad. Brasília (DF).
- WHO. (2008). *Guia global: cidade amiga do idoso*. World Health Organization.

Recebido em 10/09/2013

Aceito em 25/09/2013

Wilson José Alves Pedro - Professor Adjunto da Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Gerontologia, São Carlos (SP), Brasil. Docente do Programa de Pós-Graduação Ciência, Tecnologia e Sociedade e do Programa de Mestrado Profissional – Gestão das Organizações e Sistemas Públicos. Investigador Visitante do Instituto do Envelhecimento – Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
E-mail: wilsonpedro@ufscar.br