

ENVELHECIMENTO E RESILIÊNCIA: UMA LEITURA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Almira Lins de Medeiros¹
Ayanna Carla de Moraes Gerôncio²
Larissa Pontes Carvalho Gomes³
Rita de Cassia Dantas Freitas⁴
Emily Souza Gaião e Albuquerque⁵

“Os acidentes individuais, tudo o que pode acontecer na vida de alguém, seja a doença, seja esta coisa que chega de todo modo, que é a velhice, não podem constituir um perigo nem para os indivíduos nem para a sociedade.” (FOUCAULT, 2008b, p. 89).

RESUMO: O presente estudo realiza uma leitura da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tomando como base conceitos-chave como envelhecimento, vulnerabilidade e resiliência. A partir da análise desta legislação, objetiva-se verificar como nela se encontram previstas as condições de existência de fatores de proteção que contribuem para condutas próprias de pessoas resilientes. O método utilizado foi uma revisão de literatura associada à análise documental. No texto da legislação em estudo, os fatores de proteção encontrados relacionam-se a redes de apoio social, suporte familiar e atributos disposicionais positivos. Concluiu-se que os fatores de proteção que podem favorecer o lidar com problemas e superar obstáculos na velhice não possuem estratégias específicas por meio das quais a proteção possa ser efetivada; atribuem-se ao idoso responsabilidades do Estado; e favorece-se a inserção do idoso no sistema de pares, mas se “desconhece” a importância das relações intergeracionais. O estudo indicia a possibilidade de pesquisas outras que aprofundem as análises, por isso constitui-se enquanto suporte para o desenvolvimento destas.

Palavras-chave: Envelhecimento, Políticas públicas, Vulnerabilidade, Resiliência.

INTRODUÇÃO

Baseado no Censo de 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que a população de idosos deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total), em 2060. Neste período, a expectativa média de vida do brasileiro deve aumentar dos atuais 75 anos para 81 anos.

O aumento da população de idosos tem sido festejado como um ganho de vida desejado. Entretanto, este traz consigo um aumento da ocorrência de problemas de saúde em função das

¹ Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, almiralins@uol.com.br;

² Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, ayannacarla10@hotmail.com;

³ Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, larissapontesg@gmail.com;

⁴ Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, ritam3.mel@gmail.com;

⁵ Professora Orientadora: Psicóloga, Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); Mestre e Doutoranda em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), emilygaião@gmail.com.

modificações próprias do corpo idoso, das mudanças de seus papéis sociais e da forma como eles aprenderam a lidar com as limitações da velhice. Este fenômeno tem sido tratado como um problema social em função da sobrecarga que pode gerar ao sistema de saúde e aos indivíduos que têm sob sua responsabilidade um idoso que não consegue se manter ativo/saudável.

Para além de prováveis problemas derivados desse fenômeno, espera-se que os idosos, como qualquer outro segmento da sociedade, não sejam colocados à margem dos direitos universais à saúde, da inclusão em redes de apoio social e de condições de participação social efetiva. Do mesmo modo que não lhes seja negada a promoção de suporte familiar e de condições de manutenção da autoestima, em um nível que não lhes traga prejuízo ao seu desempenho funcional. Posto serem estas garantias que predeterminam a sua capacidade adaptativa, de recuperação e superação de adversidades, apesar das fragilidades próprias da velhice.

A existência de legislação, diretrizes, orientações que estruturam as políticas públicas de saúde e dão forma a sua efetivação ; a verificação de que os idosos constituem-se em grupo de risco, no qual incidem as diferentes dimensões de vulnerabilidade; o reconhecimento da influência de fatores de proteção na maneira como os indivíduos respondem aos processos adaptativos, requeridos na presença de eventos estressores, nos levam a perguntar sobre como as condições favoráveis à existência desses fatores têm sido contempladas nas estruturas, acima referidas.

Ainda que identifiquem, no cenário nacional, a existência de Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS, enquanto proposta de modelo de atenção integral elaborada, em maio de 2014, no XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e de Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde, estabelecidas, em 2018, pelo Ministério da Saúde, neste estudo elegeu-se como objeto de análise a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em função desta se constituir em marco referencial e porque a condição de funcionalidade, nela, é tratada como importante indicador de saúde desta população. Fazendo-nos crer que a promoção de fatores que predisponham a comportamentos resilientes, nela, sejam contemplados.

Alinhando-se às discussões sobre estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças de idosos, este artigo tem como *objetivo* analisar o texto da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, no sentido de identificar como, nela, se encontram previstas as condições de existência de fatores de proteção que contribuem para condutas resilientes.

METODOLOGIA

Para a análise proposta, utilizou-se de revisão de literatura associada à análise documental. A revisão de literatura permitiu mapear os condicionantes de fatores de proteção ao idoso. A análise documental deu-se no movimento de descrição e problematização dos trechos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, anexo da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que se referem, direta ou indiretamente, à estes fatores.

DESENVOLVIMENTO

O envelhecimento não é um processo unitário. O organismo não envelhece, como um todo, simultaneamente, apesar de se entender que haja uma finitude geneticamente programada na capacidade das células de regenerarem-se. Os déficits físicos, cognitivos e comportamentais decorrem de um conjunto de alterações biológicas com eventos em nível de moléculas e células (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

Se uns teóricos admitem que os genes predeterminam a velocidade com que se envelhece, encontram explicações para o processo em fatores genéticos; outros entendem que as alterações de ordem fisiológica dependem, sobretudo, do estilo de vida da pessoa desde a infância. Além do envelhecimento em nível biológico, que diz respeito às modificações dos órgãos, ao seu funcionamento e à capacidade de autorregulação, pode se referir ao envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, e o psicológico referente às competências condutuais, as respostas à mudança de ambiente que envolvem inteligência, memória e motivação (CANCELA, 2007).

O envelhecimento social encontra-se diretamente relacionado à maneira como diferentes culturas tratam a pessoa idosa. Um indivíduo é considerado idoso, em uma sociedade particular, dependendo de como se comporta em relação aos papéis determinados para a sua idade. Estes, por sua vez, variam no tempo histórico de acordo com critérios estabelecidos para agrupar as diferentes faixas etárias. Assim, a velhice é uma experiência heterogênea, vivida como um desengajamento da vida social ou o início de uma vida social prazerosa (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

O envelhecimento psicológico diz respeito a várias características (aprendizagem, memória, inteligência e controle emocional, entre outras), que permitem que os indivíduos se adaptem ao meio (CANCELA, 2007). De acordo com tal capacidade de adaptação, adultos

podem ser considerados jovens ou velhos psicologicamente (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Na velhice são intensificados os riscos para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial. A vulnerabilidade pode ser entendida como uma junção de fatores individuais e coletivos que resulta em uma baixa possibilidade de enfrentamento perante as circunstâncias da vida e uma alta suscetibilidade ao adoecimento e à morte, ou seja, é um estado em que o indivíduo tem sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses (RODRIGUES; NERI, 2012).

Ayres et al. (2003) compreendem a vulnerabilidade como sendo um produto da interação de três distintos planos, denominados de individual, social e programático. A primeira englobaria os fatores biológicos, emocionais, cognitivos atitudinais e referentes às relações sociais. O idoso, devido às alterações biológicas, torna-se menos capaz de manter a homeostase quando está sujeito a um estresse fisiológico. Tais mudanças provocam maior suscetibilidade à ação de doenças, crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte (PAZ, 2006). Desta forma, a vulnerabilidade individual é observada no declínio da capacidade funcional que com frequência conduz a pessoa idosa à limitação ou perda total da capacidade de desempenhar, de forma independente, suas atividades cotidianas.

A vulnerabilidade social é caracterizada por aspectos culturais, sociais e econômicos que indicam a possibilidade de acesso a bens e serviços, como a disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, oportunidade de enfrentar barreiras culturais, defender-se de coerções violentas, bem como os aspectos que envolvem a estrutura, a organização e a dinâmica familiar. No Brasil, o baixo valor das aposentadorias contribui para a vulnerabilidade social, pois expõe não apenas a pessoa idosa, mas todo seu seio familiar que sobrevive com esse recurso.

A vulnerabilidade programática remete aos recursos sociais necessários para proteger o indivíduo de riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social. O plano programático engloba o acesso e a forma de organização dos serviços de saúde, abarca programas voltados à prevenção, à assistência e ao controle. Seu funcionamento ocorre em nível nacional, regional ou local, e os responsáveis pela execução são os governos federal, estadual e municipal ou até mesmo as organizações não-governamentais. Esse plano sugere que o acesso à qualidade dos programas e o compromisso das instituições são determinantes importantes para a distribuição das condições de saúde e bem-estar.

Em maior ou menor influência, aspectos individuais, coletivos, contextuais e históricos das experiências de desenvolvimento e do envelhecimento produzem possibilidades de adoecimento e dificuldades de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade. Observa-se espaços de violência no que se refere à omissão do Estado na oferta e na avaliação de instituições que promovem assistência aos idosos. O plano da vulnerabilidade programática sugere que o acesso à qualidade dos programas e o compromisso das instituições são determinantes importantes para a distribuição das condições de saúde e bem-estar.

Conhecer a vulnerabilidade desse grupo possibilita mobilizar a sociedade através de um processo educativo construtivista, para transformações sociais. Estas devem ser alicerçadas nas relações entre setores e na ação comunicativa entre os sujeitos sociais. Vê-se, portanto, a importância de diferentes formas de enfrentamento, em termos assistenciais, de tratamento clínico e de reabilitação, e também na implementação de políticas públicas e de ações de prevenção de doenças, bem como promoção de saúde da população de forma integral e eficaz. Diante dos riscos e desafios nesta etapa da vida, para que o funcionamento adaptativo do idoso possa ser mantido, formas de enfrentamento podem colaborar para um aumento da resiliência na velhice (SCHAIE; HOFER, 2001 apud FORTES et al., 2009).

A resiliência é a “capacidade universal que possibilita a pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades, inclusive saindo dessas situações fortalecida ou até mesmo transformada, porém não ileso”(GROTBERG, 1995 apud ANGST, 2009, p. 254).

Sendo os idosos um grupo vulnerável por sua própria condição e a resiliência “uma resposta aos diferentes tipos de vulnerabilidade, definida como a capacidade de adaptação às situações adversas ligadas aos recursos internos (intrapésíquicos) e externos (ambiente social e afetivo)” (RINCO, LOPES & DOMINGUES, 2012, p. 88), essa competência pode vir a possibilitar uma construção psíquica adequada à inserção social.

O comportamento resiliente pode permitir que os indivíduos estabeleçam ou mantenham o seu nível de bem-estar mesmo perante situações adversas, ou seja, compreender que não são os fatos que importam, mas o significado dado a estes fatos. Fatores de proteção auxiliam a pessoa a atenuar eventuais efeitos negativos ou disfuncionais na presença de risco “modificam ou melhoram a resposta de uma pessoa a algum perigo que predispõe a um resultado não adaptativo, e que parecem mudar ou reverter circunstâncias potencialmente negativas” (MOTA et al., 2006 apud ANGST, 2009, p. 255). Torna-se importante não apenas a identificação de

possíveis fatores de proteção, mas também a compreensão da forma como eles atuam na redução dos impactos das dificuldades enfrentadas (RUTTER, 1987).

No tocante da resiliência, três classes principais de fatores de proteção foram identificadas: disponibilidade de redes de apoio social que encorajem o indivíduo a lidar com as adversidades; atributos disposicionais, como autoestima; coesão familiar e ausência de conflitos (MASTEN; GARMEZY, 1985). Para Brito e Koller (1999), rede social é uma interconexão entre o indivíduo e o sistema social que ele está inserido. Fornece subsídios para definir as formas como a pessoa percebe seu ambiente e se orienta nele, bem como suas estratégias e capacidades para estabelecer relações e enfrentamento dos problemas, colabora diretamente com o bem-estar do idoso, não obstante também pode provocar sofrimento e dor. O apoio social pode também agir como um mecanismo de auxílio a terceira idade para lidar e enfrentar situações estressantes, auxiliando em seu manejo e proporcionando apoio emocional.

Rutter (1987) afirma que a autoestima causa no sujeito o bem-estar favorecendo a construção de vínculos afetivos, aumento da competência, reforça o senso de pertencimento, o fortalecimento da imagem pessoal e a promoção do senso de auto-eficácia. Assim sendo, quanto mais satisfatória for a percepção da pessoa em relação a si mesma, mais fortes serão seus sentimentos de satisfação com a vida

A família e os amigos constituem esferas da vida potencialmente capazes de fornecer apoio às pessoas nas relações sociais e diante dos eventos experimentados. A coesão familiar e a ausência de conflitos nas relações podem caracterizar-se como fatores de proteção para o desenvolvimento e a qualidade de vida das pessoas. A influência desses fatores se constitui como suporte importante no processo de envelhecimento, especialmente, pela pessoa idosa experimentar modificações biológicas, psicológicas e de papéis sociais, predispondo o indivíduo a vulnerabilidades.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No texto da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, ainda na introdução, observa-se o registro de que o direito universal e integral à saúde, garantido na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), se traduz como acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Também a reiteração de direitos sociais assegurados à pessoa idosa, como: a promoção de sua autonomia, a integração e participação efetiva na sociedade e o direito à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Quando da definição das finalidades da política, a promoção de autonomia e de independência de indivíduos idosos é renovada, indicando-se que ela deva se efetivar por meio de medidas coletivas e individuais de saúde, que devem estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Nos *considerandos*, que antecedem a justificativa da política, se iguala saúde à autonomia e independência; ressaltam-se a participação ativa dos idosos na sociedade, a promoção do envelhecimento saudável e a criação de um entorno favorável ao envelhecimento. Dentre as diretrizes da política, no que diz respeito a assegurar as condições de existência de fatores de proteção, sobressaem-se a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa, o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, o estímulo à participação e fortalecimento do controle social e a articulação intersetorial.

Ao se discorrer sobre a promoção do envelhecimento ativo e saudável, destaca-se a sua definição, a partir de componentes que envolvem o engajamento social ativo com a vida. Evidencia-se a menção de que essa forma de envelhecimento requer, além do cuidado consigo mesmo, a existência de ambientes amistosos e a solidariedade entre as gerações. Requerendo, outrossim, que os indivíduos e a família se preparem para a velhice. O sujeito idoso, nessas orientações, é considerado como um agente das ações a ele direcionadas, que deve valorizar os aspectos da vida em comunidade e identificar-se com o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

Como promoção do envelhecimento ativo e saudável, se pode sublinhar a orientação de que não se despreze as oportunidade de, baseado em critérios de risco, desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa; estimular a solidariedade para com esse grupo etário; facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades; promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências.

Reza o texto da Política, que a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa, deve ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, ter como foco o usuário, e a consideração de seus direitos, necessidades, preferências e habilidades. Enquanto práticas de cuidados exige abordagem global, interdisciplinar e multiprofissional, que se leve em conta a influência recíproca de fatores físicos, psicológicos e sociais na saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. Todos níveis da atenção deve ter por meta a preservação da autonomia e da independência funcional dos idosos e como eixos norteadores o enfrentamento

de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde e a promoção de saúde e da integração social.

No provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa se assinala que os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização e o cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Como estímulo à participação e fortalecimento do controle social se indica a inclusão, nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde, de temas relacionados à atenção à população idosa, compreendendo-se que esta inclusão possibilita que idosos participem da elaboração das deliberações referentes à saúde e do posterior controle do cumprimento destas.

Tratando-se da articulação intersetorial, destaca-se a educação e a previdência social. A primeira com a indicação de que currículos e programas possam ser discutidos e readequados, nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade. A segunda, quando se trata do SUS, e se prevê implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no decreto nº1948/96.

A leitura do texto da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa nos permite tecer considerações sobre como, nesta, as condições de existência de fatores de proteção se encontram expressas. Como, a partir de seus determinantes, das estratégias previstas, a capacidade de condutas resilientes possam vir a ser desenvolvidas pela população idosa.

A alusão à previsão de proteção em vários pontos do texto da política, claramente explícita, quando se trata de direitos universais à saúde, talvez em função da maneira que convém as expressões na introdução do texto, não especifica as estratégias por meio das quais deva se efetivar. Conforme formulada, se alinha aos moldes como, utopicamente, se define atualmente a saúde a partir da própria OMS; enquanto “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não somente a ausência de infecções e doenças” (REMOR, 1999, p. 206).

Nas diretrizes, no seu enunciado geral e no tópico referente à promoção do envelhecimento ativo e saudável, encontramos indicação favorável à *inclusão de idosos em redes de apoio social*, seja pelo estímulo à participação e fortalecimento do controle social, pela valorização do atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa ou pela participação em equipamentos sociais, em grupos operativos e de convivência.

Entendemos que o favorecimento à participação em diferentes grupos, instâncias e fóruns enseja integrar o idoso em *redes capazes de lhe dá o suporte na ocorrência de diversidade, enquanto meios de amparo externos à sua família*. À primeira vista, a descentralização do controle com a efetiva participação do idoso, neste, nos parece desejável.

Entretanto, não podemos deixar de reconhecer que esta poderá vir a se constituir como estratégia de “estado mínimo” que busca se retirar da vida dos cidadãos, atribuindo a estes a responsabilidade que em princípio seria sua. Esta possibilidade poderá a vir se configurar como vulnerabilidade programática, uma vez que se refere a uma ausência de recursos sociais necessários para proteger o indivíduo de riscos a integridade psicológico, social e físico.

A integração e participação efetiva de idosos na sociedade, mencionada na introdução do texto da Política, tem sua promoção indicada quando, nos seus itens 5.1 e 5.2, se discorre sobre *articulação intersetorial*, no tocante a educação e a previdência social. A *interconexão entre o indivíduo e o meio social no qual está inserido*, num sistema de pares, poderia se efetivar por meio de instituições de ensino superior abertas à terceira idade e pela implantação e implementação de centros de convivência para idosos. Entendemos que a inserção em um sistema de pares favorece o encontro com o outro “igual”, mas não promove as relações intergeracionais.

É possível entrever, nas finalidades da Política, a intenção de promoção de *suporte familiar* na medida em que se faz alusão a criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento. Intenção reiterada, no discurso das diretrizes, quando se adverte sobre os requisitos de um envelhecimento saudável, sobre este requerer além do cuidado consigo mesmo, *a existência de ambiente amistosos e a solidariedade entre as gerações*. Somos levados a supor que este envolva *coesão no âmbito da família, ausência de conflitos e relações parentais satisfatórias*. Todavia, não conseguimos vislumbrar a previsão de ações que os efetivem.

Ao se tratar de “atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa”, nos chama atenção o registro de que esta deva ter como foco o usuário, suas preferências e habilidades. Esperávamos, entretanto, que estes atributos individuais não fossem apenas referidos nas recomendações relativas ao trato com o idoso, mas como objetivos de metas a serem alcançadas, no sentido do incentivo ao cultivo da autoestima e autoimagem.

Ademais, nos causou estranhamento o fato de que, ao se tratar de provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, não se fizesse menção, entre os itens considerados prioritários, àqueles relativos a condições de existência de fatores proteção que favoreçam uma conduta resiliente. Também nos sobreveio uma incerteza sobre ser viável se requerer que os indivíduos idosos e a sua família se preparem para a velhice. Nesse sentido, aguardamos que a solicitação implícita na assertiva, seja provida do suporte necessário para que o idoso, ainda que em condições de vulnerabilidades, possa ultrapassar seus limites,

conduzindo a vivência de sua velhice de forma satisfatória; ser capaz de passar por eventos estressores e retomar seu cotidiano de maneira resiliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, quando se trata de fatores de proteção capazes de favorecer o lidar com problemas e superar obstáculos entre aqueles que vivem a velhice, não são especificadas as estratégias por meio das quais se efetive a proteção enunciada. Além disso, atribuem-se ao idoso responsabilidades que seriam a priori do Estado. Outrossim, na medida que favorece a inserção do idoso no sistema de pares, se “desconhece” a importância das relações intergeracionais.

A ideia de saúde enquanto completo bem-estar, ainda que na presença de enfermidades, guarda certa similaridade com a ideia de uma resiliência utópica, que não requeresse a existência de fatores que a condicionam. Tal similaridade parece incidir no texto da Política, uma vez que nela figura a ideia de proteção atribuindo a esta um *status* de um horizonte que se repõe sem que possamos identificar as vias pela qual iremos alcançá-la.

Quando, a partir da leitura do texto da Política, sobrevêm dúvidas sobre a possibilidade de se providenciar as condições favoráveis aos fatores condicionantes de condutas resilientes entre idosos, teme-se que esse grupo etário possa vir a apresentar uma baixa possibilidade de enfrentamento perante as circunstâncias da vida, que cada vez mais se distanciam da capacidade de passar por uma situação adversa, conseguir superá-la e sair dela fortalecido.

Questiona-se sobre a responsabilidade do Estado frente à garantia de direitos constitucionais às populações em risco, no tocante à saúde; à redução do risco de doença e de outros agravos aos indivíduos nessas condições; bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, tal como reza o texto da lei – garantia conseguida por meio de muitas lutas, pelo envolvimento de muitos atores sociais.

Sem as condições de efetivação dessas garantias, somos levados a admitir que, numa perspectiva de governança dos sujeitos idosos, as políticas que a eles dizem respeito, da maneira como se constituem, parecem não conseguir atingir o objetivo de salvaguardar os indivíduos e a sociedade, como um todo, dos perigos advindos desta coisa que chega de todo modo, que é a velhice.

A análise do conjunto de medidas legais que regem a implementação da política poderá ser mais proveitosa quanto à identificação de condições de existência de fatores de proteção que favoreçam as condutas resilientes. A verificação da prática desenvolvida nos diferentes

equipamentos de saúde que atendem idosos poderão contribuir para a visualização de estratégias, em curso, que visem garantir condições de existência de fatores condicionantes de resiliência. Pesquisas desenvolvidas nesse sentido contribuirão para dirimir dúvidas sobre a persistência/desdobramentos das omissões identificadas no texto analisado.

REFERÊNCIAS

ANGST, Rosana. PSICOLOGIA E RESILIÊNCIA: Uma revisão de literatura. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 27, n. 58, p. 253-260, jul./set. 2009. Disponível em <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20225/0>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; FRANÇA JUNIOR, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Heraldo César. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BRASIL. **Congresso Nacional, Lei nº 8.842**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 04 de janeiro de 1994.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRITO, Raquel Cardoso; KOLLER, Silvia Helena. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, Alysson Massote (Org.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

CANCELA, Diana Manoela Gomes. **O processo de envelhecimento**. 2007. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2018.

FORTES, Tatiane Favarin Rech.; PORTUGUEZ, Mirna Wetters; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. **Estud. psicol. (Campinas)** [online], v. 26, n. 4, p.455-463, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MASTEN, Ann S.; GARMEZY, Norman. Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In: LAREY, Benjamin B.; KAZDIN, Alan E. (Eds). **Advances in clinical child psychology**, v. 8, New York: Plenum, 1985.

PAZ, Adriana Aparecida.; SANTOS, Beatriz Regina Lara; EIDT, Olga Rosaria. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 3. p. 338-342, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a14v19n3>. REMOR, Eduardo Augusto. Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 30, n.1, p. 205-217, 1999.

RINCO, Michelle; LOPES, Andrea; DOMINGUES, Marisa Accioly. Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. **Rev. Temática Kairós Geront.**, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 79-95, 2012. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17288/12828>

RODRIGUES, Natália Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012. Disponível em: <http://taurus.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/97460/1/2-s2.0-84865239402.pdf>.

RUTTER, Michael. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatric**, v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987.

SANTOS, Flávia Heloisa dos Santos; ANDRADE, Vivian Maria; BUENO, Orlando Francisco Amodeo. Envelhecimento: um processo multifatorial. In: **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009. Disponível em <http://dx.doi.org/10.150/S1413-73722009000100002>. Acesso em 18 de setembro de 2018.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos em Psicologia**. Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>. Acesso em 16 de setembro de 2018.