



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**

**Mestrado em Família na Sociedade contemporânea**

**SEMÍRAMES BARROS ARAGÃO PIMENTEL**

**PESSOAS IDOSAS, REDES FAMILIARES E PROTEÇÃO SOCIAL:**

**Estudo de caso em uma UPA de Salvador (2019/2021)**

**SALVADOR**

**2021**

**SEMÍRAMES BARROS ARAGÃO PIMENTEL**

**PESSOAS IDOSAS, REDES FAMILIARES E PROTEÇÃO SOCIAL:**

**Estudo de caso em uma UPA de Salvador (2019/2021)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Família na sociedade contemporânea da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti

Linha de Pesquisa: Família nas Ciências Sociais

**SALVADOR**

**2021**

UCSAL. Sistema de Bibliotecas

P644 Pimentel, Semírames Barros Aragão

Pessoas idosas, redes familiares e proteção social: estudo de caso em uma UPA de Salvador (2019/2021) / Semírames Barros Aragão Pimentel. – Salvador, 2021.  
125 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea. Linha de Pesquisa: Família nas Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti.

1. Direitos humanos 2. Saúde 3. Proteção social 4. Pandemia  
5. Pessoas idosas I. Cavalcanti, Vanessa Ribeiro Simon – Orientadora  
II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 616-053.9

## TERMO DE APROVAÇÃO

### **Semírames Barros Aragão Pimentel**

#### **“PESSOAS IDOSAS, REDES FAMILIARES E PROTEÇÃO SOCIAL: ESTUDO DE CASO EM UMA UPB DE SALVADOR, BAHIA.”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

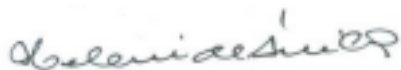
Salvador, 27 de agosto de 2021.

**Banca Examinadora:**



**Prof.<sup>a</sup> Doutora Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti**

Orientador(a) – UCSAL



**Prof.<sup>a</sup> Doutora Heleni Duarte Dantas de Ávila – UFRB**



**Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria de Fátima Pessoa Lepikson - UCSAL**

Dedico este trabalho ao meu pai, Geraldo Borges de Barros de 92, anos, antiquário, lúcido e orientado que faleceu no dia 4 de junho de 2017, na UPA Hélio Machado aguardando vaga para transferência hospitalar durante uma semana, mesmo tendo judicializado na defensoria pública.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus Pai! Filho, Espírito Santo e à Virgem Maria por ter a certeza de que estão sempre ao meu lado.

Agradeço às minhas filhas Paula, Priscila por terem me incentivado a realizar esse mestrado que mesmo de longe, estão muito perto me apoiando diariamente. A Érica minha adolescente que teve muita paciência compreendendo e fazendo as refeições, ajudando e cooperando para que eu pudesse me dedicar mais a minha pesquisa.

À professora e orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti, por acreditar em mim desde o primeiro momento que pedi socorro, me acolhendo e me fazendo crer na possibilidade de concretizar o meu projeto de pesquisa sobre as pessoas idosas e a sua vulnerabilidade frente ao acesso à saúde. Obrigada professora por toda a sua paciência e competência diante da mudança das aulas presenciais para as aulas virtuais.

À banca avaliadora, composta pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila – UFRB que aceitou com todo carinho participar da bancada e fez muita diferença nas suas considerações. A Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Fátima Pessoa Lepikson - UCSAL que me entusiasmou com tanta eloquência e contribuições. Obrigada por aceitarem o convite para esta avaliação.

Às pessoas idosas que atendo nos plantões 24hs e àquelas que participaram das entrevistas, assim como seus familiares, expressando as suas dificuldades contribuindo em colocar para o mundo a realidade vivida por eles.

Aos meus colegas de trabalho, uma equipe de profissionais que abraçam os seus pacientes dando carinho e atenção nos cuidados diários e expressando mais que amor à profissão, o Amor ao próximo!

Art. 9º

“É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e a saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (ESTATUTO DO IDOSO, 1990).

PIMENTEL, Semírames Barros Aragão. Pessoas Idosas, Redes Familiares e Proteção Social: Estudo de caso em uma UPA de Salvador (2019/2021). Dissertação (Mestrado

em Família na Sociedade Contemporânea) - Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador, 2021.

## RESUMO

Desde a promulgação da Constituição Federal Brasileira (1988), as agendas e a implementação de políticas sociais que promovem igualdade, acessibilidade e garantias de direitos humanos fundamentais, especialmente no campo da saúde e da assistência social foi o foco de atenção. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus atendimentos especializados incluindo as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) foram colocados à serviço da população, especialmente os mais vulneráveis. Fazendo um recorte sobre a população idosa com 60 anos ou mais que são atendidas na UPA Hélio Machado em Salvador, no biênio entre junho de 2019 a junho 2021, para uma avaliação do acesso das pessoas idosas à saúde pública antes e depois da pandemia de covid 19. O objetivo é descrever as relações legais-institucionais de proteção social para pessoas idosas, vinculando redes familiares e acessibilidade à saúde. Escolhemos a metodologia de viés quanti-qualitativa, com abordagem indutiva e recorte histórico recente para descrição e análise institucional. O levantamento empírico está dividido em quatro grupos: pessoas idosas, familiares, profissionais da saúde e comunidade local, através de aplicação de questionários e entrevistas semiestruturadas na UPA Hélio Machado em Salvador, Bahia. Conforme as queixas nos atendimentos foram contabilizadas as seguintes patologias: Hipertensão Arterial (HAS), Diabetes Melitus (DM), Infecção do Trato Respiratório (ITR), Insuficiência cardíaca (ICC), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e outras (quedas, depressão, crise de ansiedade, edemas, mordida de animais domésticos, dores articulares e na coluna, dores físicas, acidentes domésticos). Como resultados deste estudo de caso, observa-se no biênio ausência ou longo intervalo temporal para ingresso, acompanhamento e atenção integral das pessoas idosas. Conforme dados, foram verificados um maior número de óbitos de pessoas idosas em domicílio devido ao isolamento no pico da pandemia e a necessidade de fortalecimento de redes sociais de suporte e atenção.

**Palavras-chave:** Direitos Humanos, Saúde, Proteção Social, Pessoas Idosas, Pandemia

## ABSTRACT



Since the promulgation of the Brazilian Federal Constitution (1988), the agendas and implementation of social policies that promote equality, accessibility and guarantees of fundamental human rights, especially in the field of health and social assistance, have been the focus of attention. The creation of the Unified Health System (UHS) and its specialized care, including the Emergency Care Units (ECU) were placed at the service of the population, especially the most vulnerable. Taking a look at the elderly population over 60 years of age who are cared for at the ECU Hélio Machado in Salvador, in the biennium between June 2019 and June 2021, for an assessment of elderly people's access to public health before and after the covid pandemic 19. The objective is to describe the legal-institutional relationships of social protection for the elderly, linking family networks and accessibility to health. We chose the qualitative bias methodology, with an inductive approach and recent historical perspective for institutional description and analysis. The empirical survey is divided into four groups: elderly people, family members, health professionals and local community, through the application of questionnaires and semi-structured interviews at the ECU Hélio Machado in Salvador, Bahia. According to the complaints in the appointments, the following pathologies were counted: Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus, Respiratory Tract Infection, Heart Failure, Stroke and others (depression, anxiety crisis, edema, bite from pets, joint and back pain, physical pain, domestic accidents). As a result of this case study, there is an absence or long time interval for admission, monitoring and comprehensive care for the elderly in the biennium. According to the data collected, there was a greater number of deaths of elderly people at home due to radical isolation during lockdown.

**Keywords:** Human Rights, Health, Social Protection, Elderly People, Pandemic

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>Figura 1 - Fotografia- Grupo de convivência VIDA ATIVA, junho de 2003.</b>	<b>17</b>
<b>Figura 2 - Fotografia da abertura da 8ª Conferência de Saúde</b>	<b>28</b>
<b>Figura 3 – Fotografia - Fila de mães e crianças para atendimento</b>	<b>31</b>
<b>Figura 4 – Fotografia Aposentados Jundiaí</b>	<b>32</b>
<b>Figura 5 - Modelagem da entrevista (realizada em 2021).</b>	<b>78</b>
<b>Figura 6 - Modelo de Ficha de atendimento</b>	<b>82</b>
<b>Figura 7 - Ficha de Atendimento</b>	<b>82</b>
<b>Figura 8 - Questionário para Profissionais da Saúde (2021)</b>	<b>06</b>
<b>Gráfico1- atendimentos por faixa etária de 2019</b>	<b>87</b>
<b>Gráfico 2- atendimentos por faixa etária em 2020</b>	<b>88</b>
<b>Gráfico 3 - atendimentos por faixa etária em 2021</b>	<b>88</b>
<b>Gráfico 4 - Classificação de risco 2019</b>	<b>89</b>
<b>Gráfico 5 - Classificação de Risco 2020</b>	<b>89</b>
<b>Gráfico 6 - Classificação de risco 2021</b>	<b>90</b>
<b>Gráfico 7 - Patologias em pessoas idosas atendidas na UPA em 2019</b>	<b>91</b>
<b>Gráfico 8 - Patologias em pessoas idosas atendidas na UPA em 2020.</b>	<b>91</b>
<b>Gráfico 9 - Patologias nos atendimentos a pessoas idosas em 2021.</b>	<b>92</b>

## **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1</b>	<b>Número de domicílios e moradores segundo algumas categorias dos domicílios. Brasil, (2019)</b>	<b>61</b>
<b>TABELA 2</b>	<b>Dados relativos à faixa etária acima de 60 anos (2019)</b>	<b>83</b>
<b>TABELA 3</b>	<b>Números relativos à classificação de risco (2019)</b>	<b>83</b>
<b>TABELA 4</b>	<b>Patologias no atendimento de pessoas idosas (2019)</b>	<b>84</b>
<b>TABELA 5</b>	<b>Dados relativos à faixa etária acima de 60 anos (2020)</b>	<b>84</b>
<b>TABELA 6</b>	<b>Classificação de Risco (2020)</b>	<b>85</b>
<b>TABELA 7</b>	<b>Patologias no atendimento de pessoas idosas (2020)</b>	<b>85</b>
<b>TABELA 8</b>	<b>Atendimentos por faixa etária a partir de 60 anos no 1º sem (2021)</b>	<b>86</b>
<b>TABELA 9</b>	<b>- Classificação de risco 1º semestre 2021</b>	<b>86</b>
<b>TABELA10</b>	<b>Patologias no atendimento de pessoas idosas no 1º semestre 2021</b>	<b>87</b>

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b>	<b>Quadro metodológico</b>	<b>23</b>
<b>Quadro 2</b>	<b>Abordagens e Critérios das Teorias Sociológicas</b>	<b>57</b>
<b>Quadro 3</b>	<b>Patologias nos atendimentos a pessoas idosas em 2021</b>	<b>95</b>
<b>Quadro 4</b>	<b>Questionários Aplicados aos Familiares</b>	<b>98</b>

<b>BPC</b>	<b>Benefício de Prestação Continuada</b>
<b>CAPs</b>	<b>Caixa de Aposentadoria e Pensões</b>
<b>CAPS</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial</b>
<b>CNDI</b>	<b>Conselho Nacional do Direito do Idoso</b>
<b>CNPI</b>	<b>Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa</b>
<b>CSAB</b>	<b>Condições Sensíveis à Atenção Básica</b>
<b>DCNT</b>	<b>Doenças Crônicas Não Transmissíveis</b>
<b>DRU</b>	<b>Doenças Crônicas Não Transmissíveis</b>
<b>DRU</b>	<b>Desvinculação das Receitas da União</b>
<b>IAP</b>	<b>Instituto de Aposentadorias e Pensões</b>
<b>IBGE</b>	<b>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</b>
<b>ICSAB</b>	<b>Indicador por Condições Sensíveis à Atenção Básica</b>
<b>INAMPS</b>	<b>Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social</b>
<b>INPS</b>	<b>Instituto Nacional da Previdência Social</b>
<b>IPEA</b>	<b>Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada</b>
<b>LOAS</b>	<b>Lei Orgânica da Assistência Social</b>
<b>MDS</b>	<b>Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome</b>
<b>MPBA</b>	<b>Ministério Público do Estado da Bahia</b>
<b>NEDH/UCSAL</b>	<b>Núcleo de Estudos sobre Educação e Direitos Humanos</b>
<b>OMS</b>	<b>Organização Mundial da Saúde</b>
<b>PNI</b>	<b>Política Nacional do Idoso</b>
<b>PNSPI</b>	<b>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa</b>
<b>RSB</b>	<b>Reforma Sanitária Brasileira</b>
<b>RAS</b>	<b>Rede de Atenção a Saúde</b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>SUAS</b>	<b>Sistema Único da Assistência Social</b>
<b>TCLE</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>
<b>UCSAL</b>	<b>Universidade Católica do Salvador</b>
<b>UPA</b>	<b>Unidade de Pronto Atendimento</b>
<b>UBS</b>	<b>Unidade Básica de Saúde</b>
<b>RAU</b>	<b>Rede de Atenção de Urgência</b>

## **SUMÁRIO**

<b>1.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	<b>16</b>
<b>2.</b>	<b>CONTEXTOS LEGAIS E INSTITUCIONAIS DE PROTEÇÃO SOCIAL E ACESSIBILIDADE ÀS POLÍTICAS SOCIAIS</b>	<b>26</b>
	2.1 Histórico das Políticas Sociais de Proteção ao Idoso	26
	2.2 Acesso à saúde: Agendas, planos e programas	43
<b>3.</b>	<b>CONTEXTOS FAMILIARES E PESSOAS IDOSAS: A PARTIR DA ÉTICA DO CUIDADO, CONSTRUINDO REDES</b>	<b>53</b>
	3.1 A velhice e as famílias: relações Inter geracionais em novos contextos	53
	3.2 A ética do cuidado e a construção de redes	61
	3.3 Violências contra pessoas idosas: invisibilidades?	69
<b>4.</b>	<b>OBSERVANDO E COLETANDO VIVÊNCIAS: ACESSIBILIDADE À SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS</b>	<b>77</b>
	4.1. UPA Hélio Machado (tabelas de atendimento, histórico, fluxos, multidisciplinar)	79
	4.2. Abordagem metodológica: Descritores e sujeitos (inclusão e exclusão)	80
	4.3. Narrativas de sujeitos, familiares e comunidade, profissionais da UPA.	106
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>110</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>115</b>
	Apêndice A Carta de Anuência	119
	Apêndice B Termo de Compromisso	120
	Apêndice C Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	121
	Apêndice D Roteiro Orientador para Uso da Abordagem Qualitativa (Entrevista)	122
	Apêndice E Declaração de Compromisso de Anti-Plágio	124
	Crédito da Autora	125

## 1-Considerações iniciais

“A nossa existência é uma morte lenta? É evidente que não. Um tal paradoxo desconhece a essencial verdade da vida; esta é um sistema instável no qual, a cada instante o equilíbrio se perde e se reconquista: a inércia que é o sinônimo de morte. Mudar é a lei da vida” (BEAUVOIR, 1970, p. 10).

O envelhecer é um fato que o tempo naturalmente nos impõe. No entanto, aceitar que o seu futuro é determinado por perdas biopsicossociais de forma ascendente, leva para a maioria das pessoas a negação desse estado da existência humana.

“Diante da imagem que os velhos nos propõem de nosso futuro, permanecemos incrédulos; uma vez dentro de nós murmura absurdamente que aquilo não vai acontecer conosco; não será mais a nossa pessoa quando aquilo acontecer (...). Assim, pode-se compreender que a sociedade consiga impedir-nos de ver nos velhos nossos semelhantes” (BEAUVOIR, 2018, p.10).

Nesta dissertação apresento o resultado de pesquisa realizada como discente do Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, intitulada: “Pessoas Idosas<sup>1</sup>, Redes Familiares e Proteção social: Estudo de Caso em uma UPA de Salvador (2019-2021).”

O interesse sobre a realidade vivida pela pessoa idosa no que concerne ao acesso à saúde e em paralelo às políticas de proteção social existentes na nossa sociedade, surgiu a partir do trabalho desenvolvido durante vinte anos na Prefeitura Municipal de Salvador (PMS), como assistente social, tendo começado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e depois em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) até o momento.

Durante quatro anos e meio no 16° Centro de Saúde Maria Conceição Imbassahy – no Pau Miúdo, em Salvador, observando os pacientes na sala de espera para serem atendidos pela enfermagem, médica e nutricionista do programa HIPERDIA (Hipertensos e Diabéticos) e percebendo o quanto eles aproveitavam aquele momento da espera para criarem uma rede social – atendendo ao projeto - de apoio mútuo, tive a oportunidade de

---

<sup>1</sup> Em consoante ao projeto de lei, PL 3646/2019 do senador Paulo Paim, em caráter conclusivo, que propõe a mudança do nome do Estatuto do idoso para Estatuto da Pessoa Idosa. Reportagem - Ralph Machado, Edição - Marcia Becker, Fonte: Agência Câmara de Notícias <https://www.camara.leg.br/noticias/575228-comissao-muda-nome-do-estatuto-do-idoso-para-estatuto-da-pessoa-idosa/>. Tendo como ideia central contemplar igualmente os gêneros masculino e feminino, as agendas internacionais e a expressão “pessoa” como significado pelo e para os Diretos Humanos.

promover a formação do grupo de convivência com os idosos que estavam sendo atendidos no programa Hiperdia.

A princípio começamos com oito pacientes na sala do serviço social e como a demanda aumentou, nos foi oferecido pela associação dos moradores do bairro uma sala disponibilizada todas as quartas-feiras à tarde, sendo solicitado a gerente do distrito a liberação nas quartas feiras para promoção do grupo de convivência VIDA ATIVA onde já tínhamos 24 pessoas idosas.

Figura 1 – Fotografia - Grupo de convivência VIDA ATIVA, junho de 2003



Fonte: Arquivo pessoal, 2003.

Eram desenvolvidas atividades que promovessem a convivência, a autoestima, integração e a participação cidadã dos mesmos no controle social. Uma abordagem baseada em direitos, que valorizasse os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico e social.

Realizávamos atividades educativas e extensionistas, tais como aulas de *tai chi chuan*, bordado, artesanato, dança, palestras ministradas por vários profissionais da área da saúde e a roda de conversa para que todos pudessem colocar no grupo algo que quisesse ser compartilhado. Eventos, passeios com o ônibus da prefeitura para o Parque da cidade, com uma grande frequência dos mesmos e sempre com muita motivação.



Verificamos como vinha sendo importante para eles terem um espaço de convivência entre pessoas da mesma idade em que pudessem compartilhar os problemas, as alegrias diante de alguns relatos no momento da roda de conversa:

“Em casa moro com minha filha, genro, e três netos. Na maioria das vezes eles não têm tempo para conversar comigo, e a televisão não consigo assistir porque os meus netos durante o dia assistem desenhos e a noite minha filha e o meu genro usam”. (Margarida, 65 anos).

“Todos os dias fico em casa procurando o que fazer, às vezes fico triste, e nem quero comer direito”. (Roselinda, 75 anos).

Dona Margarida, viúva, já estava começando um processo de depressão, em casa e morando com cinco familiares. No entanto, se sentindo só, isolada. Era aposentada e contribuía muito com as despesas de casa, de sua propriedade. A filha era manicure e o genro fazia “bico” como pedreiro e outras coisas. Sobrava pouco da aposentadoria para seus gastos pessoais. Relatava que, no grupo, aprendeu a fazer sandálias havaianas decoradas e crochê para ter uma renda extra.

D. Roselinda morava sozinha, solteira, teve 3 filhos. Todos moravam em casas próximas, mas não a visitavam com frequência. Quando estava no grupo era uma das mais alegres e motivadas. Recebia o BPC. Aprendeu fazer as sandálias decoradas e tricô e afirmava com frequência que gostaria de ajudar mais os netos.

Através desses relatos verificamos como se faz necessário um espaço de convivência que promova a integralidade na saúde da pessoa idosa através de uma equipe multiprofissional e de apoio biopsicossocial para que através da socialização dos problemas mútuos possam ressignificar os seus problemas e se empoderarem como atores da sua própria história, como cidadãos de direito, reivindicar e exigir que as políticas públicas promovam os recursos necessários para as pessoas idosas sejam realmente parte ativa desta sociedade.

Em 2004, a unidade básica Maria Conceição Imbassahy – no Pau Miúdo, foi terceirizada e transformada em UPA. A partir de 2005 iniciei uma nova experiência profissional no Pronto Atendimento Hélio Machado em Itapuã. Uma Unidade de Pronto Atendimento de Urgência que, em 2014, foi reformada e transformada em UPA III seguindo as novas diretrizes do Ministério da Saúde no atendimento fixo de urgência e emergência e inaugurada pela Prefeitura do Salvador no dia 2 de outubro de 2014. Localizada na Rua da Cacimba, s/n. A estrutura possui 1.200 m<sup>2</sup>, funciona em esquema

24 horas durante todos os dias da semana, com oferecimento de serviços de urgência e emergência para os moradores do bairro e adjacências.

Se tratando de UPA tipo III, a unidade possui dezenove leitos distribuídos em três leitos de reanimação, 12 leitos de clínica médica na observação; 6 femininos e 6 masculinos, já incluídos os de isolamento e cinco pediátricos com um de isolamento. Conta ainda com duas salas de inaloterapia adulto e pediátrico, duas salas de administração de medicamentos adulto e pediátrico, além de salas de RX, ECG, sala de pequenos procedimentos, serviço social, farmácia satélite, laboratório e almoxarifado. Dois consultórios clínicos, um de ortopedia, um pediátrico e uma sala de sutura.

Durante todos os anos, desde a inauguração da UPA em 2014 até a pandemia de covid-19 em 2020 observamos o aumento considerável de pessoas idosas nas observações masculina e feminina durante dias, semanas e até meses, aguardando vaga para internamento em uma unidade hospitalar em estado crítico, originado de doenças crônicas como a diabetes, hipertensão entre outras sem acompanhamento devido.

Tal processo de transferência deveria ser imediato, com no mínimo de 24 horas, conforme o protocolo do Ministério da Saúde para as UPAs<sup>2</sup>, especialmente em se tratando de pacientes idosos ou muito idosos aguardando internamento cirúrgico ou clínico. Situações estas que levam alguns familiares a procurar a Defensoria Pública solicitando o direito básico constitucional que é o direito a saúde. No entanto, mesmo com a liminar expedida pelo juiz solicitando o internamento hospitalar, a transferência não é realizada pois o Estado alega a falta de leitos nas unidades hospitalares.

Diante desta situação observa-se que o descaso para com a saúde das pessoas idosas vem sendo uma realidade por dois motivos: primeiro seria a pouca abrangência de um acompanhamento preventivo integral por parte da porta de entrada na saúde

---

<sup>2</sup> As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem atender grande parte das urgências e emergências. Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento. Mantém pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminham aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial. <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>. É um instantâneo da página, tal como surgiu no dia 12 Set 2021 06:24:39

pública nas UBS, ESF, NASF levando uma grande parcela dessa população para serem “acompanhados” pelo atendimento de urgência e emergência, UPAs.

A deficiência no acompanhamento preventivo integral com poucas equipes ESF, atenção domiciliar e um número reduzido de médicos clínicos nas UBS para acolher a demanda, acompanhado da dificuldade para marcação de especialistas vem levando as pessoas idosas a terem só duas opções; Pagar consulta particular nas clínicas de bairro que ficam sempre bem próximas às UBS ou procurar um paliativo na UPA, onde tomam medicação para dor e até conseguem realizar alguns exames. Mas as enfermidades em pessoas idosas não podem aguardar muito para uma avaliação e tratamento por ter um grande risco do problema evoluir para um estado crítico, necessitando de internamento em unidade hospitalar. Uma situação totalmente inversa do que é necessário e preconizado nas diretrizes das políticas públicas

De acordo com os dados registrados em prontuários, a maioria das patologias que levam a pessoa idosa a precisar ficar nas observações da UPA aguardando transferências através da regulação do Estado são: Crise hipertensiva que evolui para o acidente vascular cerebral (AVC), Diabetes Melitus descontrolada que evoluiu para pé diabético necrosado aguardando amputação, erisipela, Infecção do Trato Respiratório (ITR) evoluindo para pneumonia, Infecção do Trato Urinário (ITU), evoluindo para sepse. Algumas sequelas levam à incapacitação para uma velhice ativa e digna, preconizado nas diretrizes das políticas públicas as pessoas idosas. Além das quedas da própria altura que pode acarretar fraturas, sendo a do fêmur uma das mais graves.

Tais situações aumentam o quadro de vulnerabilidade, dependendo de cuidados especiais que são impostos como responsabilidade para a família. Mesmo que a família se esforce e acompanhe (como experiência fática e cotidiana), as dificuldades para conseguir acesso a um tratamento adequado pode ocasionar maiores problemas e podendo aumentar a gravidade.

Através de relatos dos pacientes e a vivência através do trabalho desenvolvido como assistente social na UPA pesquisada, quando os usuários conseguem atendimento médico a nível ambulatorial na UBS ou particular e tem indicação para internamento hospitalar, os próprios médicos, sabendo das dificuldades para conseguir marcar uma cirurgia eletiva e com uma lista de espera que aumenta a cada ano, orientam para que as pessoas idosas procurem a UPA, deste modo, seria solicitado internamento hospitalar através da central de regulação do Estado. Mesmo sabendo que

vão ficar nas observações durante dias, semanas ou meses se expondo a pegar outras morbidades ou agravando o quadro clínico, evoluindo a óbito em muitos casos.

Além de relatos, estive, como familiar em junho de 2017, em uma situação muito traumatizante com o meu pai, Geraldo Borges de Barros, com 92 anos, tive que levá-lo para atendimento de urgência na UPA por não estar conseguindo se alimentar, vomitando e com febre. Ele foi avaliado e solicitado internação hospitalar com urgência. Ficou uma semana aguardando transferência para uma unidade hospitalar pela central de regulação do Estado. Mesmo tendo recorrido à Defensoria e solicitado a liminar do juiz exigindo do Estado a internação hospitalar, a transferência não foi realizada e seu quadro evoluiu a óbito. Situação vivenciada por muitos familiares de pessoas idosas que não tem nenhum conhecimento político para conseguir a vaga tão esperada.

No começo de 2020 ingressei como aluna regular do Programa de Pós-Graduação em Família na sociedade contemporânea (PPGFSC/UCSAL) já citado com proposta dessa pesquisa, como forma de visibilizar o descaso às pessoas idosas na inexistência de um dos direitos básicos da constituição cidadã de 1988, à saúde universal como direito de todos os cidadãos brasileiros. Partindo de uma inquietação profissional sentida no cotidiano como assistente social e como familiar de paciente, vivenciando a angústia e sofrimento das pessoas idosas e dos familiares na espera de vaga em uma unidade hospitalar.

Com a pandemia do coronavírus, as pessoas idosas que necessitam do SUS sofreram muito mais devido à falta de acompanhamento médico ambulatorial, sem terem alternativas para atendimento preventivo como os atendimentos online na saúde privada, ficaram isolados em casa sem acompanhamento médico e com medo de irem para atendimento na UPA, aumentando a vulnerabilidade física e mental sem assistência devida.

Um novo contexto nas observações foi observado durante a pandemia do coronavírus. As observações masculinas e femininas que ficavam cheias de pacientes idosos, a partir do segundo trimestre do ano de 2020 até o primeiro trimestre de 2021 sofreram alterações, a enfermaria masculina ficou reservada para pacientes com covid-19 e a enfermaria feminina para outras comorbidades. Sendo observado que as pessoas idosas agora estavam na área de covid-19, não mais tínhamos pessoas idosas com comorbidades: crise hipertensiva, diabetes descontrolada. As pessoas idosas em crise hipertensiva e diabetes descontrolada e ou com outras patologias ficaram em casa como

solicitado no protocolo para enfrentamento do coronavírus. Mas será que eles foram acompanhados por algum médico para tratamento dessas comorbidades?

Diante do que foi exposto, resolvemos fazer um recorte temporal entre junho de 2019, antes da pandemia a junho de 2021 durante a pandemia, e depois da vacinação da maioria das pessoas idosas. Para o desenvolvimento desta pesquisa entendemos a necessidade de compreender as políticas públicas de proteção às pessoas idosas e o seu papel na sociedade contemporânea em especial nas relações familiares a partir da Teoria Crítica (CAVALCANTI & SILVA, 2021).

“O embate dialético e histórico de no mínimo, dois princípios revela o outro polo de sistema de fetiche moderno: as categorias econômicas e político-jurídicas não são, em verdade, antagônicas, mas ao longo da história do moderno sistema produtor de mercadorias, as duas faces de um mesmo campo histórico. Mercado e Estado; Economia e Política; capitalismo e socialismo; *homo economicus* e *homo politicus*”. (CAVALCANTI & SILVA, 2021, p. 8).

Precisamos ter um olhar crítico, histórico e dialético para compreender os vários cenários construídos pelos sujeitos que vão definindo o comportamento da sociedade em que vivemos. Observando as diretrizes tomadas através das políticas públicas nas últimas décadas, diminuindo os gastos para a saúde, terceirizando os serviços básicos essenciais a população, especialmente entre as pessoas idosas aumentando o descaso para como essa população no auge da pandemia do coronavírus. Vale destacar que esse momento é justamente quando eles mais precisaram da atenção básica e continuada através do SUS, a proteção social tão definida nas políticas públicas para a pessoa idosa mostra através de pesquisas como se configura a realidade vivida por esta população.

Para que tenhamos uma compreensão de como vem sendo aplicadas as políticas públicas se faz necessário ter uma visão analítica e crítica frente à realidade vivida dentro de uma unidade de saúde, pressuposto de uma política pública que lida com seres humanos em situação de vulnerabilidade social, nos permite constatar que o sistema de saúde pública (SUS) não abarca e nem garante a saúde integral da pessoa idosa. O que observamos durante décadas e a abertura progressiva para as necessidades do mercado, promovendo através do desmonte de recursos a atenção básica o crescimento das policlínicas privadas que vem aumentando nas periferias perto das UBS, bem como dos seguros de saúde e as terceirizações da maioria das UPAs.

Matizando esse panorama do acesso às políticas sociais, essa pesquisa de mestrado tem como objetivo geral descrever as relações legais-institucionais de proteção social para pessoas idosas, vinculando redes familiares e acessibilidade à saúde. Portanto, o desenvolvimento da pesquisa vincula-se à ideia de realização de uma abordagem quanti-qualitativa, de natureza indutiva, com viés histórico institucional.

Como base documental e confirmando referências institucionais, a investigação foi atribuída à documentação oficial, relatórios, dados da Unidade, legislação e a coleta de dados através de pesquisa empírica tendo quatro grupos de sujeitos (pessoas idosas, integrantes de contextos familiares, comunitários e profissionais de saúde vinculados a UPA). E para direcionar essa pesquisa temos como perguntas norteadoras:

A política nacional de saúde da pessoa idosa, uma garantia ou desafio ao acesso à saúde? Como são compostas as relações das pessoas idosas entre os familiares e comunidade? Quais as condições de acesso à saúde e à cidadania das pessoas idosas e familiares?

Na primeira etapa da investigação, foi utilizada a técnica da pesquisa documental a partir do levantamento bibliográfico: Leituras e fichamentos de referências; levantamento de dissertações e teses (elencando, inclusive a produção interna), artigos indexados e materiais produzidos por instituições governamentais (políticas públicas e marcos legais-institucionais) e não governamentais. Sendo realizado o levantamento e coleta de informações, dados e entrevistas para colecionar *corpus* documental e ampla varredura de acervos digitais. Elaboração e aplicação de entrevista semiestruturada para quatro grupos: os idosos, familiares, comunidade e agentes (profissionais da unidade).

Aplicação de dez questionários por grupo (como recurso para captação da história de vida dos idosos, os familiares e a comunidade local).

Tomando essas diretrizes e delimitações, foi elaborado um quadro metodológico como elemento crucial para o desenvolvimento dessa dissertação de mestrado e compõe viés didático (Quadro I).

Os componentes desse quadro integram os primeiros passos e marcadores centrais que norteiam as etapas processuais para cumprir o objetivo geral e os específicos.

#### **QUADRO I - ABORDAGEM METODOLÓGICA - PROJETO DE PESQUISA**

**Título: Pessoas Idosas, redes familiares e Proteção Social: Estudo de Caso em Salvador.**

**Mestranda: Semírames Barros Aragão Pimentel**

**Orientadora: Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti (janeiro de**

**2021)**

Tema/delimitação	Categorias e	Objetivos	Abordagem Metodológica
------------------	--------------	-----------	------------------------

	questões norteadoras		
<p>Pessoas Idosas, redes familiares e proteção social: Estudo de caso na UPA Hélio Machado.</p> <p>O estudo foi realizado na UPA Hélio Machado situada em Itapua, Salvador, Bahia. Trata-se de uma Unidade de Pronto Atendimento do SUS com atendimento de emergência; clínico, cirúrgico, pediátrico e odontológico 24 horas.</p>	<p>Categorias centrais: Instituição – Idosos – redes familiares – comunidade</p> <p>Questões norteadoras: A política nacional de saúde da pessoa idosa, uma garantia ou desafio ao acesso à saúde?</p> <p>Como são compostas as relações dos idosos, familiares e comunidade?</p> <p>Quais as condições de acesso à saúde e à cidadania dos idosos e familiares?</p>	<p>Geral: Descrever as relações legais-institucionais de Proteção Social para pessoas idosas, vinculando redes familiares e acessibilidade à saúde.</p> <p>Objetivos Específicos: -Mapear a construção de sistemas de proteção social e abordagens legais-institucionais às pessoas idosas em contexto brasileiro recente. -Analisar conceitos e experiências sobre redes familiares e pessoas idosas a partir da ética do cuidado. -Descrever processos de acessibilidade à saúde através de experiências de pessoas idosas, contextos familiares, comunitárias e agentes vinculados à UPA</p>	<p>Abordagem quanti-qualitativa, com uso de referencial interdisciplinar e instrumentos diversos para captação do percurso institucional em uma década de atividades, se fará em algumas etapas, quais sejam</p> <p>a) Levantamento bibliográfico: Leituras e fichamentos de referências; levantamento de dissertações e teses, artigos indexados e material produzidos por instituições governamentais (políticas públicas e marcos legais-institucionais) e não-governamentais.</p> <p>b) <i>Corpus Documentae</i> construído a partir de registros orais-textuais – narrativas e registros visuais – fotografias e desenhos. (Acessibilidade através de cartas institucionais e inserção na Plataforma Brasil – CEP/UCSAL para coleta de dados com sujeitos vulneráveis e com anuências e consentimentos exigidos)</p> <p>Entrevistas: Elaboração e aplicação de entrevista semiestruturada para 4 grupos: os idosos, familiares, comunidade e agentes (profissionais da unidade).</p> <p>Aplicação de 10 Questionário por grupo (como recurso para captação de história de vida dos idosos, familiares e comunidade)</p>

Fonte: Elaboração da autora, fevereiro de 2021.

A metodologia da pesquisa escolhida constitui-se em uma abordagem quanti-qualitativa, conforme orientações de Cecília Minayo (1993), tendo em vista a relação dinâmica entre o mundo real a realidade contemporânea da sociedade soteropolitana com seus valores, crenças, cultura e o sujeito objeto de estudo (o acesso e as relações institucionais, comunitárias e familiares de pessoas idosas aos serviços e atendimento de saúde de uma UPA ).

A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados dar-se-ão a partir do processo investigativo que será usado na pesquisa e contará com técnicas que incluem; observação, questionários e entrevistas semiestruturada.

Nesse sentido, foi estabelecido um roteiro metodológico a ser seguido: a pesquisa documental e análise para contextualizar e apropriar-se das garantias expostas nas leis, regimentos, estatutos; elaboração de questionário e entrevistas semiestruturadas (para

aplicação em quatro grupos; pessoas idosas, familiares, agentes comunitários e profissionais da UPA (médicas/os, enfermeiras/os e assistentes sociais); vivência das abordagens diretas oferecidas pelos serviços de saúde para pessoas idosas; sistematização, interpretação e análise dos dados, constando as informações alcançadas no processo de pesquisa e comentário dialético sobre os dados.



## **2 - CONTEXTOS LEGAIS E INSTITUCIONAIS DE PROTEÇÃO SOCIAL E ACESSIBILIDADE ÀS POLÍTICAS SOCIAIS**

Cada sociedade responde à necessidade de criar políticas de proteção social de acordo com os valores compartilhados, com suas instituições, com a relação de maior ou menor peso do Estado, da sociedade e da comunidade. Em cada contexto singular, com uma dada relação das forças sociais, emergirá um modelo de proteção social peculiar àquela sociedade. (FLEURY & OUVÉRY, 2008, p. 9).

O objetivo deste capítulo é mapear a construção do sistema de proteção social e abordagens legais institucionais às pessoas idosas em contexto brasileiro recente. Para isto percorremos o processo de construção do SUS e das políticas de proteção social até chegar à promulgação da constituição cidadã em 1988 até a contemporaneidade.

### **2.1. Histórico das Políticas Sociais de Proteção ao Idoso**

Para compreensão das políticas sociais de proteção ao idoso existentes na contemporaneidade no Brasil é importante conhecermos o caminho percorrido pela sociedade nos contextos sociopolítico e econômico desenhados historicamente na criação do SUS, da Constituição cidadã de 1988, promovendo a abertura para o exercício da cidadania da pessoa idosa.

Entre as décadas de 1960 e 80, 27 milhões de pessoas que viviam na zona rural foram para as cidades. E se alojaram nas periferias e favelas, locais sem saneamento, sem água encanada, muitas vezes sem luz, que ofereciam condições perfeitas para a proliferação de doenças. Iam vender sua força de trabalho barato – isso se conseguissem emprego. “Os migrantes chegavam às cidades completamente desamparados. E da forma como a saúde estava organizada, a cidadania estava atrelada à carteira de trabalho”, afirma o pesquisador. (CEE/FIOCRUZ, 2018).

No final da década de 70, vivenciamos no Brasil o início do fim do chamado ‘milagre econômico’, onde esperávamos “repartir o bolo” do progresso. No entanto, a realidade foi outra, o Brasil endividado, na primeira crise do petróleo, o ciclo de crescimento decresceu, em uma sociedade com profunda desigualdade social e indicadores de saúde alarmantes.

Nessa época o governo brasileiro resolveu investir na produção rural agrícola, com subsídios na compra de máquinas e insumos, dando início ao agronegócio. Expulsando os camponeses tradicionais do campo, provocando de forma desordenada a migração desses para as grandes cidades, principalmente para o sudeste onde começa a existir grandes indústrias. Tal processo fomentou a criação das favelas e comunidades nas periferias das grandes cidades e o agravamento das condições de saúde da população.

“No município de São Paulo, em 1973, 90 crianças morreram a cada grupo de mil nascidas vivas. Em 1961, ocorreram 60 óbitos por mil nascidos vivos, o índice mais baixo do século”, escreveu Luiz Eduardo Soares, pesquisador do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento (IBRADES), num ensaio que ocupou os dois primeiros números da ‘Saúde em Debate’, a revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), criado em 1976.

[...]

No país, então com pouco mais de 90 milhões de habitantes, ele destacou: “Nos últimos cinco anos [1972-76] em todo o Brasil, 1.417.500 crianças morreram por causas evitáveis, associadas à desnutrição e à falta de saneamento, como difteria, coqueluche, sarampo, tétano, poliomielite e doenças diarreicas. O total de óbitos é igual à população de Belo Horizonte, a terceira cidade do país”. Como efeito de comparação, em 2015 a taxa de mortalidade infantil foi de 13,8 a cada mil nascidos vivos”. (CEE/FIOCRUZ, 2018).

Diante dessa situação, no final da década de 70 a 80, movimentos sociais a favor da saúde começam a aparecer em paralelo ao processo de abertura e finalização do regime militar na transição para o regime democrático. Nesse contexto, é gerado o movimento da Reforma Sanitária que vai influenciar de forma decisiva a defesa da saúde como direito universal.

Consonante Heleni Ávila (2013) no interior das políticas públicas existem valores e paradigmas fundados em ideologias definidas pelo tipo de Estado que venha a introduzi-las no seio da sociedade. Sabendo-se da inexistência de uma política neutra e estando dentro de um estado democrático, assistimos o embate de forças e acirramentos entre estado e sociedade civil. Dentro desta perspectiva, a 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986, construída pela sociedade civil dentro de um contexto de mudanças de forças políticas, representa um marco histórico para a criação do SUS, com proposições detalhadas pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária e acolhida pela Assembleia Nacional Constituinte e influenciando todo o contexto de mudanças para a criação da Carta Magna de 1988.

Figura 2 - Fotografia da abertura da 8ª Conferência de Saúde



Fonte: FIOCRUZ, 2008. Disponível no: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-susganha-forma...>

A figura acima indica a movimentação de sanitaristas que lutavam pela saúde universal no país. Conforme indicativos desse evento, com a favelização das periferias e o aumento das enfermidades em regiões urbanas, exigia-se dos representantes municipais uma pronta resposta. Portanto, a formulação de projetos e implementação de ações específicas para as zonas periféricas era mais que urgente. Seguindo essa linha, o pleito de criação de pequenos postos de saúde, dando origem ao que hoje conhecemos como atenção básica. (CEE/FIOCRUZ, 2018).

No começo, médicos, enfermeiros e demais profissionais atendiam só duas vezes por semana. Mas fazia diferença um serviço perto de casa. Além disso, os postinhos não faziam distinção entre quem tinha carteira assinada e quem não tinha. “A Previdência tinha os PAMs. Eram prédios grandes nos centros das cidades. Quando as próprias prefeituras, com orçamento escasso, começaram a fazer os postinhos, os sanitaristas começaram, ano a ano, a crescer suas equipes de médicos jovens, profissionais de enfermagem, auxiliares de saúde e dentistas. Aos poucos, os previdenciários que estavam na periferia das cidades foram indo cada vez mais para os postinhos. A maior parte deixou de ir aos PAMs”, relembra o sanitarista, que destaca: “Os postinhos já nasceram com o princípio da universalidade e toda a população tinha direito ao atendimento”. (CEE/FIOCRUZ, 2018)

O SUS começa a ser criado informalmente, a sociedade se transforma em sujeito da sua própria história promovendo a universalização da saúde pública. Sanitaristas, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, brasileiros resolvem diante de uma situação de crise humanitária criada pela omissão do governo, criar uma resolução ao caos gerado na saúde pública. A sociedade civil abraça a causa e redireciona as políticas de

saúde pública no país, marcando um momento histórico de participação ativa da sociedade nos direcionamentos da política de saúde.

O surgimento da necessidade de algum tipo de proteção social, legal ou assistencial, para regular as condições de trabalho e minorar os sofrimentos decorrentes da situação de miséria, isto é, a emergência da pobreza como problema social está associada ao fenômeno da industrialização e ao conseqüente rompimento das relações tradicionais do feudalismo. Instaura-se, nesse momento, a necessidade de desenvolver tanto formas compensatórias de integração e coesão social quanto mecanismos e instrumentos de reprodução eficaz da força de trabalho necessária à expansão da produção capitalista (FLEURY & OUVÉNEY, 2008, p.6).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), anunciada pelas Nações Unidas, em 1948, introduz a concepção contemporânea de direitos humanos, reconhecendo a pessoa humana como sujeito de direitos, sendo considerado o marco inicial a Assembleia Geral sobre o Envelhecimento da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1982, produzindo o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. Uma construção através da história para implementação e consolidação de políticas sociais, em especial às vinculadas ao campo da assistência social.

A nível internacional este documento serviu de base às políticas públicas e apresentou as diretrizes e os princípios gerais que se tornaram referência para a criação de leis em diversos países. Colocando em evidência o envelhecimento populacional como tema dominante no século XXI, contendo recomendações referentes a sete áreas; saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, bem-estar social, trabalho, educação e família do Idoso (CNI), tendo essa lei a finalidade de assegurar direitos sociais as pessoas idosas e a sua participação na sociedade como cidadão.

A resolução 46 das Nações Unidas para as Pessoas Idosas de 16 de dezembro de 1991, da Assembleia-Geral das Nações Unidas, apresenta o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento de 1982, aprovado na I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Destacavam-se como diretrizes; assegurar a independência, a participação, a assistência e a realização pessoal das pessoas idosas.

No Brasil, o aumento da população idosa em vulnerabilidade social aumentou exponencialmente, sendo visto como “problema próprio da esfera privada familiar, uma

questão de previdência individual ou de associações filantrópicas que a partir do século XX ela se transformou em uma questão pública” (DEBERT, 2019, p.21).

A proteção social para a população idosa brasileira tem sua origem no período imperial, com os montepios civis e militares e outras sociedades beneficentes. Em 1888, foi regulamentado o direito à aposentadoria dos empregados dos Correios. As primeiras políticas previdenciárias de iniciativa para trabalhadores do setor privado surgiram no início do século XX, com as leis de criação do seguro de acidentes de trabalho em 1919.

Em 1923 com a lei Eloy Chaves são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os ferroviários, sendo financiado pelos funcionários e os patrões. Entre 1923 e 1927 começa a se formar várias CAPs, cada uma cuidando das aposentadorias dos funcionários das suas empresas. "Se agora quem consegue paralisar o Brasil são os caminhoneiros, na Primeira República esse poder era dos ferroviários” (Agência Senado, 2002). A luta pela conquista da aposentadoria começa com a força dos movimentos sociais das principais categorias de trabalhadores.

Em 1933 foi criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que vai controlar as caixas de aposentadorias e pensões dos comerciários e industriários em abrangência nacional. “Diante da crise capitalista dos anos de 1930, as pessoas idosas formavam exército de miseráveis nas ruas e não contavam com condições de sobrevivência” (ESPING-ANDERSON, 1966 *apud* FALEIROS, 2016, p.539).

Em 1960 as regras do CAPs e do IAPs são unificadas e depois extintas em 1966 sendo fundidas todas as caixas existentes e criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Em 1977, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para o serviço de saúde dos trabalhadores e o SINPAS Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social. Separando os serviços de saúde e a administração dos benefícios sociais. (Senado Federal, arquivo S 57, 3/6/2019) Só os trabalhadores com carteira assinada tinham direito à saúde e à aposentadoria, o restante da população ainda ficaria necessitando da assistência filantrópica.

“Um mito importante a ser quebrado é que todos que tinham carteira assinada usavam, necessariamente, a previdência e que eram iguais. Isso porque embora a classe média tivesse carteira assinada e pudesse usar a medicina previdenciária, ela pagava. “Era totalmente natural”, diz a pesquisadora Ligia Bahia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). “A classe média nunca foi atendida pelo setor público”. Ela pagava consulta particular, pagava os procedimentos, que eram muito mais baratos. As pessoas pagavam parto, cirurgia”. Além disso, a maior parte dos previdenciários eram pobres. Segundo os cálculos de Luiz Eduardo Soares no texto do Cebes, 56% dos brasileiros recebiam um salário-mínimo ou menos e 19% entre um e dois salários-mínimos. Essa situação geral também se refletia no mercado formal de trabalho. “A grande

maioria daqueles que tinham carteira ganhavam um salário-mínimo. Esses previdenciários pobres tinham muita dificuldade de serem atendidos na Previdência” (CEE/FIOCRUZ, 2018).

Figura 3 – Fotografia- Fila de mães e crianças para atendimento



Fonte: FIOCRUZ, 2008.

No Brasil, sob a influência da I Assembleia sobre o Envelhecimento da ONU em 1982, os anos 80 é marcado por movimentos sociais de aposentados e pensionistas, sendo criada em 1985 a Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP). (ENEIDA & HADDAD, 2003). O movimento dos aposentados e pensionistas com visibilidade e o apoio da sociedade se tornaram o segundo maior lobby na Assembleia Nacional Constituinte com reivindicações que questionavam o modelo econômico.

A Constituição Federal de 1988, ou constituição cidadã, vem universalizar o direito à vida, à saúde e à educação como direito universal, todos sem distinção teriam direito a saúde e educação. No artigo 229 da Carta Magna, vem afirmar a responsabilidade dos filhos maiores no dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade, bem como o artigo 230 que estipula que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas.

A Constituição Federal introduziu, com a denominação de seguridade social, um conceito alargado de proteção social, compreendendo “um conjunto integrado de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Art.194, 1988).

A seguridade social deve ser entendida como um conjunto de políticas e ações articuladas com o objetivo de amparar o indivíduo e/ou o grupo familiar diante os

eventos decorrentes de morte, doença, invalidez, desemprego e incapacidade econômica em geral. Para que isso possa acontecer realmente e de forma universal a seguridade social começa a ser estendida a todas as categorias sendo formada pelo tripé: a SAÚDE universalizada através do Sistema Único de Saúde (SUS), criado através da lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (universal e não contributiva) com a PREVIDÊNCIA (contributiva) e a ASSISTÊNCIA SOCIAL <sup>3</sup>(inclusiva, para quem dela necessitar).

Quanto à Previdência Social, duas mudanças significativas encontram-se dispostas no artigo 194: “irredutibilidade do valor dos benefícios” e “caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados”. Os objetivos da seguridade social sintetizam uma nova organização das políticas de previdência, saúde e assistência social que, concretizadas, representam um avanço na qualidade de vida dos idosos. Entretanto, logo após a promulgação da Constituição, já se temia pelo seu não-cumprimento. (HADDAD, 2003, p.114).

Figura 4 – Fotografia - Aposentados Jundiaí



Fonte: <https://aposentadosjundiai.com.br/historia/ 1992>.

Em meados da década de 90, movimentos foram organizados por associações de aposentados e pensionistas, destacando a presença do presidente da Associação de

<sup>3</sup> Chama-se a atenção para as diferenças entre os conceitos de assistência e previdência social. Enquanto a primeira é financiada pelo governo, por meio dos tributos pagos pela sociedade, a segunda consiste em um seguro de contribuição mútua para que haja o recebimento, pelo segurado, de um benefício no futuro. Segundo o art. 201 da CF/1988, “a previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial” (Brasil, 1988). Ou seja, a previdência social consiste em uma poupança forçada, imposta ao cidadão para que este possua condições financeiras para manter a sua capacidade de consumo quando não mais possuir capacidade para trabalhar. (CAMARANO, 2016, p.269)

Jundiaí, Antônio Galdino, em defesa da Previdência Social Pública (Figura 3). O movimento tinha como reivindicação a ação contra a privatização e o reajuste das aposentadorias. Conquistando 42,86% de reajuste sobre os vencimentos e a recuperação das perdas salariais entre 1989 e 1994, de 115%. Em um contexto de aumento do desemprego, o Movimento de Aposentados e Pensionistas não conseguem atrair as centrais sindicais para a sua luta nos debates sobre o direito à vida e à dignidade e, conseqüentemente, a velhice (HADDAD, 2003). A partir de 1990 houve forte pressão nas agendas internacionais e nacionais para atenção em relação às pessoas idosas. Em 1993, com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) <sup>4</sup>que em 1996 no Art. 20, é implantado o Benefício de Prestação Continuada (BPC), para pessoas com 67 anos ou mais. Garantindo para as pessoas com deficiência física e idosa a partir dos setenta anos, que não possuam meios de se sustentar e que tenham uma renda familiar igual ou menor que ¼ do salário-mínimo, receber um salário-mínimo por mês.

É a partir daí que realmente se cria uma garantia de sobrevivência e cidadania para uma grande parte da população que não teve carteira assinada durante a vida laborativa ou que ficaram desempregados. Mesmo ainda não sendo universal, a seguridade social com o BPC, expande a proteção social para um número da população em vulnerabilidade social que era excluída, diminuindo consideravelmente a exclusão.

Em 1994 foi aprovada a lei 8.842/1994 que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI) com o propósito de assegurar direitos sociais aos idosos e a sua participação na sociedade como cidadão. A PNI vem com uma série de deliberações que tem como finalidade a promoção de um atendimento integral à pessoa idosa com ações preventivas e um envelhecimento mais digno às pessoas idosas em vulnerabilidade social, tendo como princípios:

- A família, a sociedade e o Estado devem assegurar ao idoso todos os seus direitos à cidadania com participação na comunidade e defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida, conforme o art. 230, da CF/1988.

---

<sup>4</sup> Segundo a Lei Orgânica da Assistência Social, em seu Art. 2o, a assistência social tem por objetivos: (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011) I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente: Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011 a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011) b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011) c) a promoção da integração ao mercado de trabalho; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011); d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011); e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.



- O envelhecimento diz respeito à sociedade em geral.
- A discriminação de qualquer natureza contra o idoso deve ser combatida.
- A pessoa idosa deve se tornar protagonista na proposição e na destinação de políticas específicas; e as diferenças sociais, econômicas e regionais devem ser consideradas na aplicação da política (BRASIL, 1994).

A lei estabeleceu a criação de conselho nacional, estaduais e municipais do idoso, órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por organizações governamentais e não governamentais, com a competência de formulação da Política Nacional do Idoso, a construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. No âmbito da Justiça, a PNI foi muito restrita, não estabeleceu competências no âmbito do Sistema de Justiça Brasileira para a criação do Sistema Jurídico de Garantias.

O art. 5 conferia ao Ministério da Previdência e Assistência Social a coordenação da PNI. No entanto o governo federal, por decreto, transferiu essa competência para a Secretaria de Direitos Humanos (SDH).

Essa mudança de competência da coordenação da PNI não tem amparo legal na Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos ministérios. O art. 24 dessa lei tão somente atribui à SDH a competência de assessorar o presidente da República na formulação de políticas e diretrizes voltadas à promoção dos direitos do idoso. Parece que essa legitimidade manca impossibilitou a SDH de exercer as suas importantes atribuições. Sendo assim, algumas perguntas se impõem. Quais as ações de coordenação da SDH relativas à PNI? Qual a participação da SDH no efetivo acompanhamento e avaliação da PNI? Quais as articulações promovidas pela SDH no âmbito dos ministérios, estados e municípios para a implementação da PNI? Qual a participação da SDH na discussão dos orçamentos da União no que diz respeito aos recursos para a PNI? Em razão dessa total incapacidade e imobilismo da SDH em cumprir a lei, existe hoje uma discussão e rumores do retorno da gestão da PNI para o âmbito do Ministério responsável pela Assistência Social, de onde parece nunca ter saído, pelo menos sob a ótica da legalidade. (ALCANTARA, 2016, p. 365).

Com o intuito de assegurar que todo o arcabouço de proteção e cuidados com a pessoa idosa colocadas na PNI não ficasse só no papel sem garantias jurídicas para a sua efetividade em 1997 e em 1999, surgiram no congresso dois projetos de lei para a criação do Estatuto do Idoso que ficaram engavetados.

Para o financiamento da Política Nacional Assistência Básica (PNAB), em 1997, é criado o Piso da Atenção Básica (PAB) através do Fundo Nacional de Saúde aos municípios de forma regular e automática. O PAB era composto por dois componentes. O PAB fixo chega a todas as cidades brasileiras, sem exceção, e varia por habitante a

depende das condições socioeconômicas de cada uma, e o PAB variável seria para induzir os gestores a adotar e ampliar o Programa de Saúde da Família (PSF) no seu município, sendo repassado conforme tipos, números de equipes implantadas e composições profissionais previstas.

Ainda em 1997 é criado o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso PNI (BRASIL, 1997) tinha como objetivo colocar em prática as ações estabelecidas pela PNI e teve o intuito de desenvolver ações preventivas, curativas e promocionais no âmbito de políticas sociais voltadas à população idosa.

Em 1999 é criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) com ênfase nas ações necessárias para um envelhecimento saudável, tendo como finalidade a recuperação, promoção da autonomia e a independência das pessoas idosas com 60 anos em diante, essa política assumia que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional. Isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Seguindo o princípio constitucional de que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar aos idosos todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida (BRASIL, 2006a).

“Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir da sua inserção como cidadãos.” (FLEURY & OUVÉRY, 2008, p. 23).

A falta de efetividade e não realização de inúmeras medidas de proteção e ações previstas na Lei nº 8842 / 1994, impulsionou em 2001 que uma comissão especial na Câmara dos Deputados fosse criada para examinar propostas para a criação do Estatuto do Idoso. Sendo realizada uma discussão junto com a sociedade civil representantes da categoria através do movimento dos idosos e Organizações não governamentais (Ongs) sendo realizados fóruns em todo país e um seminário com 500 participantes. Depois de todos esses encontros e discussões o projeto do deputado Paulo Paim foi escolhido como o que mais garantia os interesses das pessoas idosas. Nesse contexto, em Madri 2002 é criado o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento pelos países membros das Nações Unidas.

Compactuando com a necessidade do controle social, é criado em 13 de maio de 2002 o Conselho Nacional do Direito do Idoso <sup>5</sup>(CNDI), a partir do decreto de Lei n.4227 no governo de Fernando Henrique Cardoso, com dez representantes do Estado e dez da sociedade civil (FALEIROS, 2016). No entanto, os relatórios de gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso apontaram para questões que não favoreciam a realização efetiva da PNI.

“Uma das instituições de democracia participativa mais importantes, de controle democrático das políticas públicas são os conselhos de direitos denominados de controle social enquanto exercem a função de zelar pelas políticas e direitos das pessoas idosas com a participação do Estado e da sociedade” (FALEIROS, 2016, p. 549).

Os delegados da III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa ratifica moção de indignação deliberada no III Encontro Nacional dos Fóruns Permanentes da Sociedade Civil pelos Direitos da Pessoa Idosa, ocorrido na cidade de Salvador/Bahia, nos dias 17 e 18 de novembro de 2011, dirigida à Secretaria dos Direitos Humanos por manter acéfala a Coordenação da Política Nacional do Idoso por cerca de 7 (sete) meses (abril a outubro de 2011), da mesma forma que manteve o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso sem recursos humanos suficientes para o necessário apoio técnico e administrativo, inclusive com afastamento de servidores, exatamente no ano de organização e operacionalização da III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, com perdas significativas e sérias repercussões na qualidade desta conferência. Observa-se que, por ser uma Secretaria dos Direitos Humanos e responsável pela Coordenação da Política Nacional do Idoso e pelo apoio ao CNDI, estas questões acabam por configurar negligência, descaso e desrespeito aos direitos da pessoa idosa, com reflexo no CNDI, uma vez que a deliberação, defesa, fiscalização e controle social das políticas públicas voltadas para a pessoa idosa são atribuições e papéis do referido conselho nacional (CAMARANO, 2016, p.419).

Em 2003, a IV Conferência Nacional de Assistência Social deliberou pela implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), delineado de forma mais robusta a partir da Política Nacional de Assistência Social de 2004 e na Norma Operacional Básica de 2005.

Em convergência à II Assembleia de Madri, e através da Lei Federal n. 10.741, em 1º de outubro de 2003 entrando em vigor no dia 1 de janeiro de 2004 o Estatuto do Idoso<sup>6</sup>, com 118 artigos que consolidam direitos conferidos pelas diversas leis Federais,

---

<sup>5</sup> Na terceira e na quarta CNDPI foram retificadas as mesmas deliberações sendo feita uma moção de repúdio a uma situação de desrespeito ao idoso. (FALEIROS, 2016,p545) Situação esta que mostrava a não realização das deliberações definidas nas CNPIs.

<sup>6</sup>Separados alguns artigos do Estatuto do idoso; Art. 23. A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais. Art.- 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o

Estaduais e Municipais na saúde, educação, esporte e lazer, modificando 70 para 65 a idade para ter direito ao BPC. O Estatuto do Idoso é um marco importante, um grande passo para a conquista da cidadania das pessoas idosas.

Em 2011, com a aprovação da Lei 12.435 o SUAS, (Sistema Único da Assistência Social) passa a integrar plenamente o escopo da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). A proteção para as pessoas em situação de vulnerabilidade social começa a ser mais delineada, os idosos que não têm vínculos familiares ou com vínculos familiares fragilizados, que não tenham condições de viverem sozinhas, o Estado vai acolher em instituições asilares públicas sem nenhuma contribuição financeira dos idosos.

“O Decreto no 1.948/1996 esvazia, de certo modo, importantes diretrizes de participação previstas na PNI, contudo, distingue a modalidade asilar e a não asilar de atendimento, legitimando o paradigma filantrópico ao afirmar que o idoso que não tenha meios de prover a sua própria subsistência, que não tenha família ou cuja família não tenha condições de prover sua manutenção terá assegurada a assistência asilar pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, na forma da lei. Na Portaria no 73, de 10 de maio de 2001. Há uma definição de serviços a serem prestados aos idosos, mas sem previsão orçamentária para sua execução” (FALEIROS, 2016, p. 545).

Com poucas instituições asilares públicas, o Estado não conseguindo cobrir a demanda, criando assim um espaço para as instituições “sem fins lucrativos” que recebe esses idosos junto com 70% totalidade da sua renda, estando coberta pelo Estatuto do Idoso que abre espaço para isso quando define que até 70% do valor do benefício do idoso pode ser utilizado no custeio da sua residência, incluindo o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (CAMARANO, 2016).

---

benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas. Art. -38. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria . Art. 39 Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares. § 2.º Nos veículos de transporte coletivo de que trata este artigo, serão reservados 10% (dez por cento) dos assentos para os idosos, devidamente identificados com a placa de reservado preferencialmente para idosos. § 3.º No caso das pessoas compreendidas na faixa etária entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos, ficará a critério da legislação local dispor sobre as condições para exercício da gratuidade nos meios de transporte previstos no caput deste artigo. I - a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos; II - desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos. É assegurada a reserva, para os idosos, nos termos da lei local, de 5% (cinco por cento) das vagas nos estacionamentos públicos e privados, as quais deverão ser posicionadas de forma a garantir a melhor comodidade ao idoso. Art. 70. O Poder Público poderá criar varas especializadas e exclusivas do idoso. Art.71. É assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância.

Uma situação que vai de encontro ao art.10 da PNI “É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada”. Assim, o idoso fica privado de dispor de seus recursos financeiros como bem lhe aprouver para financiar a sua assistência em instituições asilares “sem fins lucrativos”. Assistência esta que deveria ser coberta pelo Estado<sup>7</sup>, mas como não existe nenhuma garantia específica de recursos a níveis Federal, Estadual e Municipal para financiar esta assistência, fica por conta da filantropia ou da iniciativa privada. A partir do momento que a velhice começa a ser uma questão pública, e a responsabilidade de cuidados e proteção começa também a ser cobrada do Estado, a visibilidade da população idosa em uma sociedade capitalista, perpassa sobre a ótica de um novo nicho de recursos a serem captados. O gerenciamento desses recursos para o cuidado da crescente demanda da população idosa vai levar ao aumento de Instituições asilares filantrópicas, sem fins lucrativos e particulares.

Como as instituições asilares públicas <sup>8</sup>sempre foi muito poucas, não conseguindo cobrir toda a demanda, cria-se um espaço para as instituições “sem fins lucrativos” que recebe esses idosos junto com 70% da totalidade de sua renda, estando coberta pelo Estatuto do Idoso que abre espaço para isso quando define que até 70% do valor do benefício do idoso pode ser utilizado no custeio da sua residência, incluindo o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (CAMARANO, 2016).

A V Conferência Nacional dos Direitos do Idoso que estava programada para o final de 2019 foi cancelada, justificando que a conferência foi convocada depois que o Orçamento para 2019 já tinha sido aprovado, sem previsão de recursos para o evento. Neste mesmo ano foram realizadas mudanças no Conselho Nacional dos

---

<sup>7</sup> DADOS CENSO SUAS 2016 ¶Segundo esse levantamento, há 1.669 unidades de acolhimento para pessoas idosas no país, sendo 1.579 Abrigos institucionais, 78 Casas lares e 12 Repúblicas. ¶Em relação à natureza da unidade: 1.494 não governamentais (96% das unidades) e 175 governamentais (4%) ¶1.160 recebem recursos públicos para manutenção. ¶Capacidade de atendimento: 70.257 vagas, média de 42 idosos por unidade. ¶A maioria das pessoas está acolhida há mais de 72 meses (mais de 6 anos). Cofinanciamento atual do serviço é baseado em uma série histórica e com valores defasados ¶Disparidades regionais na oferta do serviço ¶Valor per vaga baixo para promover o reordenamento dos serviços ¶Necessidade de expansão de recursos para o reordenamento dos serviços de acolhimento existentes [http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2017/07/Apresenta%C3%A7%C3%A3o\\_Expans%C3%A3o-de-idosos\\_CIT\\_junho-2017-1.pdf](http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2017/07/Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Expans%C3%A3o-de-idosos_CIT_junho-2017-1.pdf).

<sup>8</sup> Em Salvador; Único abrigo 100% público da capital, o D. Pedro II passa por problemas de infraestrutura e segurança. Durante uma inspeção-surpresa realizada no ano passado dentro da instituição, o MP constatou diversos problemas. Além de infiltrações, rachaduras, problemas estruturais no conjunto arquitetônico e também relacionados ao atendimento médico, laudo feito por representantes do Corpo de Bombeiros constatou que era necessária a apresentação imediata de um projeto de segurança contra incêndio e pânico. <https://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/noticias/1639800-abrigo-d-pedro-ii-carece-de-intervencoes-com-urgencia>. 14 Jul 2021 19:34:05 GMT.

Direitos do Idoso no primeiro semestre do ano de 2019, que preocupam os defensores dos direitos da população com mais de 60 anos.

O Decreto 9.893/19 reduziu o número de participantes de 28 para seis pessoas, três do governo e três da sociedade civil. (Agência Câmara de Notícias, 2019).

“As demandas da sociedade civil em documentos selecionados: o Relatório de Gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso –gestão 2010-2012 e as deliberações das Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPIs), com ênfase nas prioridades definidas na terceira e na quarta conferência. Caso a norma esteja sendo respeitada, não há razão para que a sociedade demande sua efetivação. Nesse sentido, **a demanda será uma medida indireta da não efetivação da PNI.**” (FALEIROS, 2016, p.149). (grifos meus).

Sem a presença da sociedade civil na promoção e avaliação das políticas públicas, as definições para efetivação dessas políticas vão ser determinadas pelo mercado globalizado neoliberal que está em curso a nível mundial e no Brasil não é diferente. Para Pereira (2008), a mercantilização da política social sob a égide do neoliberalismo na contemporaneidade leva o Estado a deixar de ser o agente principal para proteção social na provisão de bens e serviços sociais à população para ser um encorajador de empresários, grupos voluntários, famílias e organizações não governamentais uma seguridade social regida pelos interesses do mercado, dos empresários e da solidariedade das famílias e de voluntários.

Vem se destacando nos meios intelectuais e políticos a defesa ideológica do pluralismo no âmbito da proteção social contemporânea (*welfare pluralism*). Por bem-estar pluralista ou misto entende-se a ação compartilhada do Estado, do mercado (incluindo as empresas) e da sociedade (organizações voluntárias, sem fins lucrativos, a família ou rede de parentesco) na provisão de bens e serviços que atendam às necessidades humanas básicas. esta concepção define uma divisão fundamental de responsabilidades no campo do bem-estar e um, a redistribuição de funções entre os “parceiros”: Estado, mercado e sociedade. (PEREIRA, 2008, p.199).

As mudanças decorrentes da fragmentação da seguridade social<sup>9</sup> vêm levando a um processo de descidanização e desproteção social colocando o poder de consumo da população à frente da justiça social. No âmbito público e universal, a privatização dos

---

<sup>9</sup> O Decreto nº 1948/1996, que regulamenta a Política Nacional do Idoso, e prevê opções de atendimento não-asilares, como Centros de cuidados diurnos (Hospital dia e Centro dia), Casa-lar, entre outros. Apesar desse Decreto, não existem normativas posteriores que regulamentem a estrutura básica para o funcionamento desses serviços, segundo Maio (2016).

serviços ou terceirização (visão empresarial privatista, como o custo-benefício, fornecedor-cliente e a primazia dos meios em detrimento dos fins), até que ponto podem realizar um atenção de qualidade quando está em jogo a cota básica firmada em contrato? Restringir aos mais pobres a assistência social e rebaixar a qualidade dos bens e serviços distribuídos ao limítrofe à sobrevivência é a norma aceita nas agendas e programas assistenciais.

“Do ponto de vista social, atesta-se o crescimento da pobreza, do desemprego e da desigualdade, ao lado de uma enorme concentração de renda e riqueza no mundo. Segundo o Banco Mundial, em 1998, 1.214,2 milhões de pessoas viviam com menos de um dólar por dia, especialmente na Ásia, África Subsaariana e América Latina (Jornal do Brasil, 14 de novembro de 1999). Na América Latina temos um panorama no qual sete postos de trabalho em 10 estão na informalidade; há 96 milhões de pessoas com fome numa região sem crise de alimentos; existiu um aumento da favelização entre 1990 e 2004 de 111 milhões de pessoas para 127 milhões; e o desemprego se mantém persistente para 8% da população, em especial a juventude (CEPAL, 2004). Ao lado disso, prevalecem taxas medíocres de crescimento e maiores endividamentos públicos e privados, com predomínio do capital especulativo sobre o investimento produtivo, do que o Brasil é um exemplo contundente: a dívida pública chegou, em 2005, à casa do 1 trilhão de reais, com um pagamento de 139 bilhões de reais de serviços da dívida no mesmo ano, sendo que o gasto social chegou a 80,3 bilhões apenas.” (BEHRING, 2000, p. 14).

Conforme Potyara Pereira (2013), a tendência de privatizações e descentralização das gestões dos serviços públicos da esfera federal para estadual e municipal, a desregulação da economia e assim a flexibilização da seguridade social, rebaixando os patamares de exigências e qualidades dos bens e serviços distribuídos em consonância com a direitização da política liberal.

Direitização, no sentido da submissão da política social ao crescente poder do capital sobre o trabalho e da capacidade daquele de impor as definições das necessidades pessoais e sociais...a substituição do *welfare state* pelo *workfare*, ou da política social incondicional, baseada no mérito ou na ética capitalista do trabalho...a principal missão da política social tem sido fazer com que seu beneficiário pague de alguma forma pelo seu benefício recebido. (POTYARA, 2013, p. 19-20).

A Seguridade Social vem sendo corroída desde a sua criação, a chamada crise fiscal do estado servindo de argumento para a defesa neoliberal de corte em gastos sociais, escondendo as reais intenções de diminuir os custos da força de trabalho e o redirecionamento dos fundos públicos para a acumulação do capital globalizado.

Kurz (2017) vem refletir sobre a grande falácia dos direitos humanos no mundo globalizado, onde o mercado dá ordens, levando ao relativismo dos direitos humanos

conforme os parâmetros ditados pela lei do mercado. A lei tácita dos direitos humanos está ligada diretamente no que você tem para oferecer ao mercado, o homem através do trabalho precisa produzir algo para o mercado e assim ter um valor reconhecido no mundo do capital, só assim o homem é reconhecido como sujeito de direitos na sociedade deixando uma lacuna entre os homens, em uma relação de inclusão e exclusão. No entanto, mesmo os que são reconhecidos como detentores de direitos humanos, tais direitos são definidos conforme a necessidade para o mercado, tendo no trabalho e o consumo o fim em si mesmo, humanos reconhecidos como seres abstratos que tem no seu trabalho o fim no todo do capital.

Desconstruir essa hegemonia de controle de massa, através do direito da pessoa humana, em um Estado democrático, participando politicamente vem nos remeter a um olhar diferenciado no agir, no ouvir, no perguntar na busca da descoberta do Ser, um despertar de realidades que nos são obscurecidas, um grito por uma sociedade mais “humana” que, ofuscada pelo poder global, não consegue se reconhecer como tal.

O sofrimento e o poder de controle promove o medo, a dor, a humilhação que tem no silêncio, a única saída para a convivência com o “politicamente correto” em uma sociedade que determina os clichês, o que deve ser percebido e o que não deve ou quem não deve ser visto. Nas extensas filas em busca e na espera de vaga, pessoas idosas, pessoas em situação de rua (PSR), crianças e adolescentes fora da escola e entregues ao tráfico nos “paredões” diários agravando a questão social e problemas de desenvolvimento, garantias e proteção social. As vulnerabilidades sociais vistas pelo mundo globalizado como descartáveis (Butler, 2011), considerados os únicos responsáveis pelos seus destinos, sem levar em conta a necessidade de políticas públicas para promoção de um equilíbrio de oportunidades para todos. Com o avanço tecnológico e do uso a cada dia maior das tecnologias, o mundo contemporâneo demanda uma menor quantidade de pessoas para produzir e garantir o lucro, levando dessa forma ao aumento das populações consideradas “descartáveis”, elevando o número de pessoas em vulnerabilidade social.

Estudos como os de Amartya Sen <sup>10</sup>(1999) ganhador do prêmio Nobel de economia em 1998 faz uma crítica e propõe uma nova forma de entender o que seja o desenvolvimento para o cotidiano das pessoas em sociedades;

---

<sup>10</sup> Amartya Sen vem rever a lógica do ter, retornando à visão Aristotélica de que: “A riqueza evidentemente não é o bem que estamos buscando, sendo ela meramente útil e em proveito de alguma outra coisa” (AMARTYA SEN,1999,p.28)



“O enfoque nas liberdades humanas contrasta com visões mais restritas de desenvolvimento, como as que identificam desenvolvimento com crescimento do Produto Interno Bruto (PNB), aumento de rendas pessoais, industrialização, avanço tecnológico ou modernização social.....desenvolvimento requer que se removam com as principais fontes de privação da liberdade como a pobreza, tirania, destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos.” (SEN,1999, p.16).

A partir do trabalho de Mahbub UI Haq e desenvolvido por Amartya Sen foi criado o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 1990, propondo uma nova forma de avaliar a qualidade de vida e desenvolvimento humano mundial. Sendo a parte econômica considerada importante como um meio não como um fim.

Para Amartya Sen (2011), o desenvolvimento tem que ser visto como a expansão das liberdades substantivas, a expansão das capacidades pessoais e a liberdade de escolhas do que o individuo quer realmente fazer e o que quer ser. Para levar a expansão das capacidades individuais, o Estado entra para fazer o seu papel, através das políticas públicas que promove essa expansão conforme as escolhas individuais de cada um, não pelo que o mercado ou o Estado determina.

Quando avaliamos o bem-estar ou a qualidade de vida nas sociedades, se compara a renda adquirida anualmente ou mensalmente do indivíduo com a da maioria das pessoas, sem observar as várias circunstâncias pessoais e sociais que cada pessoa vive, não sendo observado o que realmente está sendo ofertado e aproveitado para o seu bem-estar. Variações de realidades distintas precisam ser observadas para se avaliar a qualidade de vida.

“Cinco fontes distintas de variações: Heterogeneidades pessoais; Características físicas relacionadas a incapacidades, doenças, idade ou sexo (...) a compensação necessária pelas desvantagens variará e, ademais, algumas desvantagens podem não ser totalmente “corrigíveis” mesmo com transferência de renda. Diversidades ambientais e variações do clima social; A qualidade de vida é influenciada também pelas condições sociais, incluindo os serviços públicos de educação, e pela prevalência ou ausência de crime e violência na localidade específica (...) a natureza das relações comunitárias pode ser importantíssima, como procurou salientar a literatura recente sobre capital social.” (SEN, 1999, p.99) (grifos meus).

## 2.2. Acesso à Saúde: Agendas, Planos e Programas.

É verdade que o universalismo ocidental sugere o reconhecimento irrestrito de todos os indivíduos, em igual medida, como "seres humanos em geral", dotados dos célebres "direitos inalienáveis". Mas, ao mesmo tempo, é o mercado universal que forma o fundamento de todos os direitos, incluindo os direitos humanos elementares (KURZ, 2003, p. 2).

No Brasil, a Constituição de 1988 universalizou o direito à saúde, mas em paralelo as empresas privadas e estatais contratam planos de seguro de grupo para seus funcionários abrindo um nicho para a exploração da saúde privada. A chamada "universalização excludente" teve origem na progressiva ampliação de cobertura da assistência médica previdenciária dos anos 70 e 80. Vinculada às empresas estatais e privadas, esse processo se deu quando o aumento da demanda não foi acompanhado pelo correspondente investimento na oferta de serviços em saúde pelo Estado. Isso também se explica pela decorrente falta de ampliação de recursos financeiros necessários, ao mesmo tempo foram estimuladas formas de acesso diferenciadas por categorias sociocupacionais privadas, planos de saúde.

O SUS deveria ser um sistema único de Saúde, universal, com equidade social gestado pela RSB, porém, desde a sua criação vem sofrendo reformas geradas por instituições financeiras internacionais especialmente o Banco Mundial com agendas internacionais que pressionam principalmente os países periféricos a privatização dos serviços sociais para captação e acúmulo do capital.

“A reforma neoliberal iniciada na década passada, centrada num modelo gerencialista e na desresponsabilização do Estado para com parcela significativa dos direitos sociais conquistados, além de não resolver os problemas mencionados, criou outros com a disseminação de organizações sociais, OSCIPs, cooperativas e outras formas de terceirização da gestão e precarização do trabalho em saúde. (PAIM, 2007, p.1820).”

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde estão relacionados não só às deficiências motoras dos usuários e sim pelas opções políticas tomadas para a organização das agendas e programas sociais nas sociedades.

Para Travassos & Castro (2012) somente a simples disponibilidade ou presença física dos serviços, equipamentos e recursos humanos, não garantem o acesso aos serviços de saúde, apesar de ser condição para o uso. Para que o acesso à saúde seja universal, com equidade e qualidade e para toda a população, como foi promulgada pela

Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e definida pela Constituição Cidadã de 1988, o Brasil teria que ter um direcionamento político e ideológico que valorizasse o desenvolvimento da sua população através de investimentos em uma educação, saúde e infraestrutura de moradias e transporte elevando as possibilidades de escolhas e crescimento de toda população e não só de uma parte desta. Diferente do que foi e vem sendo determinado pelos interesses financeiros internacionais, principalmente o Banco Mundial, que a partir da década de 90 com a nova crise capitalista mundial determina os parâmetros a seguir nas agendas e programas sociais nacionais.

Em 1994 foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) <sup>11</sup> como modelo assistencial de atenção à saúde, que em 1998 foi chamado de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e em 2011 reformulada introduzindo os Consultórios de Rua e as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais como parte da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e em 2017 passou por novas mudanças que levaram a diminuição das equipes, da carga horária e do aumento das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As Equipes de Saúde da Família (ESF) as Unidades Básicas de saúde (UBS), o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Consultório de Rua, Saúde Bucal com equipes multiprofissionais fazendo parte da Rede de Atenção a Saúde (RAS). As UBS e as Equipes de Saúde da Família (ESF) como a porta de entrada do SUS se integrando para acompanhamento preventivo e de forma integral, essas equipes deveriam estar espalhadas em todo o território nacional (FIOCRUZ, 2019).

No começo dos anos 70, junto com reforma sanitária começa o movimento de reforma psiquiátrica, com denúncias sobre os hospitais psiquiátricos quando surgiu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), e os Centros de Referência em Saúde Mental na virada dos anos 80 para os 90. Somente no ano de 2001 a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Com a criação do Programa “De Volta para Casa” começa o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas sendo direcionada para acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), fazendo parte da rede de Atenção a Saúde (RAS).

---

<sup>11</sup> A progressiva implantação do PSF e a sua transformação em ESF gerou a necessidade de uma adequação da PNSI à mudança do modelo assistencial na atenção básica à pessoa idosa. A Portaria GM No 648, de 28 de março de 2006, regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), a qual: caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2006b, p. 10).

Com a diminuição do financiamento para as políticas sociais, a promoção de uma saúde pública abrangente e de qualidade vem ficando mais distante, tendo como consequência a diminuição do acesso à saúde pública a uma grande parcela da população de forma seletiva e excludente. Esta situação deixa espaço, de forma intencional, a proliferação de policlínicas para acesso a especialistas que com preços mais acessíveis, que estão se espalhando nas periferias das cidades brasileiras. Como registrado em narrativas de pessoas idosas e familiares atendidas na UPA, local que foi realizada essa pesquisa.

E sob a influência dos interesses empresariais e industriais, vem sendo construída uma nova configuração do sistema de atenção à saúde. Conforme Giovanella (2016), o sistema de saúde no Brasil é formado por três subsistemas:

- 1 - o subsistema de alta tecnologia que só uma parcela pequena da população consegue acesso, tendo prestadores de serviços privados e públicos;
- 2 - os serviços públicos formados por autarquias, fundações mantidas pelo setor público, mas com autonomia de gestão, com alas específicas para o privado e outra parte para o público selecionado;
- 3 - o subsistema privado, os planos de saúde de grupo e individual, formado pela classe média e trabalhadores formais que têm acesso ao seguro saúde, com planos diferenciados conforme as condições financeiras de cada um.

No entanto o subsistema privado não cobriam maiores complexidades, doenças crônicas e degenerativas, nem atendiam o caráter preventivo das mesmas, deixando para o setor público, formado pela administração do Estado, tendo os serviços prestados por pessoal próprio ou contratado (terceirizados, filantrópicos ou lucrativos).

No início dos anos 2000, foi criada uma Política Nacional de Atenção às Urgências pelo Ministério da Saúde com a implantação de novos componentes, como os serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU) e as unidades de pronto atendimento (UPA).<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Portaria 10/2017 do Ministério da Saúde. Com as mudanças, a decisão da proporção de profissionais será definida por cada gestor local, em atendimento às determinações legais de garantia do efetivo funcionamento da unidade e de atender o mínimo obrigatório de um profissional por turno. Também passa a ser responsabilidade do gestor o número de profissionais, incluindo médicos, da equipe assistencial da UPA 24 horas, com base na necessidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e nas normas em vigor. <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/novas-diretrizes-para-as-upas-foram-publicadas-cnm-alerta-gestores-municipais>.

Seria um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências - RAU, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Um serviço de atendimento intermediário à internação hospitalar, devido à superlotação dos hospitais. Unidades de Pronto Atendimento, (PA) já existiam, com menos estrutura operacional de urgência e emergência, sem a classificação de risco e sem o suporte das unidades móveis, SAMU 192. O que mudou foi o aumento do aparato técnico de emergência com um fluxograma de atendimento baseado na classificação de risco e o suporte da SAMU.

“A principal característica da UPA é a adequação da sua estrutura, o conforto das instalações e a adequação dos equipamentos. Pela primeira vez, um componente do SUS foi proposto com grande exigência nos critérios estruturais”. (O'DWYER, 2017, p.6).

Esses critérios estruturais são exigidos nas UPAs terceirizadas, mas não nas administradas pelo gestor municipal, conforme registros realizados na UPA pesquisada. Em 2006, com o objetivo de descentralização e municipalização das ações e serviços do SUS, o Ministério da Saúde junto os gestores das três esferas de governo acordaram um “pacto de gestão”, com metas estabelecidas a serem seguidas e pautadas no respeito às diferenças regionais, e cuja avaliação e cobrança seria feita pelo Ministério da Saúde (MS) baseado em resultados, sendo publicado o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), sendo de responsabilidade a nível Federal, Estadual e Municipal.

O Pacto pela Saúde teria no seu âmbito o Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS, com o objetivo de ter efetividade, eficiência e qualidade nas respostas do sistema de saúde, com metas e indicadores estabelecidos.

O SUS para a execução das diretrizes da PNSPI teria a Assistência Básica de Saúde com a ESF, UBS<sup>13</sup>, Atenção Domiciliar, Hospitais Gerais, Centros de Referência à Saúde do Idoso e dispensa de medicamentos como prevenção e tratamento de doenças crônicas que se configurariam como uma forma de criar o acompanhamento e tratamento integral à pessoa idosa. Muito bonito seria se realmente existisse de forma que abrangesse toda a população, mas o que verificamos é que na equipe de atenção domiciliar, que tem como ponto de apoio a UPA pesquisada, ocorre a diminuição

---

<sup>13</sup> A atuação acontece em territórios que estabelecem a população adscrita, inclusive a parcela idosa residente, e deve ser desenvolvida em equipe de modo a detectar precocemente quaisquer agravos, realizar buscas ativas de pessoas em risco e promover a educação à saúde com uso de tecnologias simples e adequadas. (CAMARANO, 2016,P.143)

progressiva das equipes, inclusive de profissionais, a cada ano, reduzindo ao mínimo a possibilidade de cobertura.

Como indicador da efetividade da PNSPI o Pacto define a “taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura do fêmur”. Esse indicador não vai levar a uma avaliação efetiva das ações desenvolvidas ao nível da Assistência Básica de Saúde, através da ESF e UBS, porta de entrada da saúde pública, mas pelo menos a população idosa é vista.

Diferente do que ocorre nas demais prioridades, não são definidas metas para o cuidado com a saúde da população idosa, nem quaisquer tipos de incentivos ou sanções para o gestor. Isso deixa o pacto sem efeito, pois sua interpretação fica a cargo de cada um e da atuação prioritária para idosos. Até 2012, a única meta específica para a saúde foi a redução em 2% da taxa de internação hospitalar anual com fratura de fêmur. Porém, entre 2000 e 2014, não se verifica a redução estabelecida. A única meta destinada a idosos previa a inspeção de 100% das instituições de longa permanência para idosos (CAMARANO, 2016, p.147-148).

O subfinanciamento do SUS vem sendo delineado com a emenda constitucional 29 de 2001 com a Desvinculação de Receitas da União (DRU), permitindo que o governo aplique os recursos destinados à saúde, educação e previdência social em qualquer despesa que seja considerada prioritária, tendo a principal fonte dos recursos as contribuições sociais dos trabalhadores. A DRU vai determinar um percentual a ser retirado de 20%, e duraria até 2015. Em 2012, esse processo retirou a quantia de R\$ 52,6 bilhões da Seguridade Social, acumulando para o período 2005-2012 uma apropriação indevida de mais de R\$ 286 bilhões (PAIM, 2016).

Em julho de 2015 a DRU foi prorrogada com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 87/2015 para até 2023 elevando de 20% para 30% aumentando a sangria das políticas sociais. As receitas sobre contribuições sociais e econômicas para a seguridade social, saúde e educação da população com a desvinculação, vem diminuindo há décadas. (SENADO NOTÍCIAS, 2018).

Em 31 de outubro de 2019, foi aprovada pela comissão Inter Gestores Tripartites a mudança no financiamento da PNAD e formalizada no dia 12 de novembro de 2019, através da Portaria nº 2.979 do Ministério da saúde, pelo Ministro da Saúde Henrique Mandeta, passando a valer a partir de 2020. Esta modificação vem interferir diretamente na manutenção das equipes, a partir do momento que acaba com o Piso Fixo da Atenção Básica (PAB), sendo um modelo misto de financiamento, pautado em três critérios: captação por ponderação, pagamento por desempenho e incentivo a ações "específicas e estratégicas". Conforme a portaria, o recurso destinado à atenção primária

seria definido conforme a quantidade da população em vulnerabilidade socioeconômica tendo como critérios para vulnerabilidade socioeconômica as pessoas cadastradas beneficiárias dos: I - Programa Bolsa Família (PBF); II - Benefício de Prestação Continuada (BPC); ou III - de benefício previdenciário no valor de até dois salários-mínimos.

A captação ponderada atrela a transferência do recurso federal a cada pessoa cadastrada na plataforma e-SUS no âmbito da ESF. E isso vai levar em conta alguns critérios. A vulnerabilidade socioeconômica é um deles, nomeadamente, o número de cadastrados recebendo Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou benefício previdenciário no valor máximo de dois salários mínimos. Outro critério é a idade, especificamente o número de crianças com até cinco anos e de idosos a partir de 65 anos. O governo federal vai olhar para o tamanho e distância da cidade, segundo a classificação dos municípios na tipologia rural-urbana do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O pagamento por desempenho, sendo baseado em indicadores selecionados conforme a relevância clínica e epidemiológica e o que ele chama de "relevância de processo e resultados intermediários e globais" das equipes (sem dizer que indicadores são esses). O terceiro critério do novo modelo de financiamento focaliza ações prioritárias, como o Programa Saúde na Hora, a informatização das unidades de Saúde da Família e a formação e a residência médica e multiprofissional. Incluindo a saúde bucal, os laboratórios de prótese dentária, o Programa Saúde na Escola e a Academia da Saúde e outros programas específicos, como o Consultório na Rua, as equipes ribeirinhas, as unidades fluviais, os serviços de saúde de microscopistas e prisionais e a Saúde do Adolescente. Os recursos para atenção primária estão ligados ao critério de captação de pessoas que estão dentro dos critérios pré-estabelecidos.

Esta emenda do Ministério da Saúde restringe a atenção primária aos mais pobres, que não podem ser alcançados pelos planos de saúde. Acabando assim com a universalização dos serviços de saúde. Sabendo que 70% das pessoas idosas dependem do SUS e aqueles que não podem mais pagar um plano de saúde devido ao alto custo e fazem parte da classe média que conseguiu estudar, trabalhar e recebem uma aposentadoria mas é desvalorizada a cada ano pelo fator previdenciário e por não ser corrigida pela inflação, depois de anos de trabalho começam a precisar do SUS, mas agora são excluídos neste novo modelo.

Essa proposta está alinhada com a política de austeridade fiscal que a partir de 2016, introduziu um teto para as despesas primárias por meio da Emenda Constitucional 95 que vem reduzindo o piso do governo federal em termos reais per capita.

“Essa restrição orçamentária se torna mais grave com as recentes Propostas de Emenda Constitucional apresentada pelo Ministério da Economia, que visam, a um só tempo, reduzir o teto dos gastos, eliminar o mínimo da saúde na união, estados e município e colocar a saúde e a educação numa disputa fratricida – que certamente agravarão as condições epidemiológicas e os vazios assistenciais”. (ABRASCO, 2019, p.1).

Diante da proposta, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) publicou em 21 de novembro de 2019 uma nota em defesa da atenção primária e do direito universal à saúde: pela revogação da Portaria n 2979/19 do Ministério da Saúde, conclamando os parlamentares a aprovarem as propostas de Decreto Legislativo, anulando da Portaria nº 2979/19 do Ministério da Saúde e permitindo a reabertura do diálogo com a comunidade científica, os movimentos sociais e, especialmente, os conselhos de saúde – composto por usuários, trabalhadores, prestadores e gestores.

Conforme esta portaria, o recurso destinado à atenção primária é definido conforme a quantidade da população em vulnerabilidade socioeconômica tendo como critérios para vulnerabilidade socioeconômica as pessoas cadastradas beneficiárias: I - do Programa Bolsa Família (PBF); II - do Benefício de Prestação Continuada (BPC); ou III - de benefício previdenciário no valor de até dois salários-mínimos.

O critério de perfil demográfico por faixa etária contempla pessoas cadastradas com idade até cinco anos e com sessenta e cinco anos ou mais. Desta forma, a saúde não é mais um direito universal a todos. Com critérios pré-estabelecidos para o acesso ao direito à saúde constatamos aqui que o direito a saúde pública está restrito. Muitas pessoas que não estão inseridos nestes critérios estão em vulnerabilidade socioeconômica e precisam exclusivamente do SUS. A portaria elevou mais o desmonte de recursos da atenção básica, porta de entrada da saúde pública, não abrangendo assim toda a população brasileira.

Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo) (IBGE, 2018).



Ainda em 2012, com a mudança dos indicadores da saúde a partir do Contrato Organizativo de Ação Pública pela Saúde (COAP), a avaliação da política de saúde fica sem indicadores para a pessoa idosa, o novo indicador é o número de óbitos prematuros/ taxa (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças; do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas tendo como objetivo a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção. (CAMARANO, 2016).

A alteração do indicador não revela com precisão os óbitos relacionados aos idosos maiores de 60 anos, já que são contabilizados os óbitos de pessoas adultas na faixa etária de 30 a 69 anos (BRASIL, 2013), não sendo possível identificar que percentual corresponde à população idosa. Conforme Pinto & Giovanella (2018), para avaliação da efetividade na implementação de políticas públicas existem vários tipos de indicadores, e o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) foi validado pelo Brasil através do Ministério da Saúde no final da década de 2000, estabelecendo uma lista brasileira com 20 grupos de condições de saúde que, se prevenidas e tratadas de forma adequada na atenção primária, evitariam internações, que é o maior gasto público. Esse indicador estaria atrelado aos serviços prestados pela PNAB. Sendo avaliado e identificado a diminuição de ICSAB na maioria dos municípios.

No Brasil, a tendência histórica no período de 2001 a 2016 indica redução da taxa padronizada de internações por ICSAB (passando de 120 para 66 internações por 10.000 habitantes, redução de 45%); fenômeno também observado na média das capitais (que tiveram redução de 24,0%), nos municípios do interior (redução de 48,6%). Quando se observam as cinco capitais mais populosas, um dos destaques é a cidade do Rio de Janeiro (que diminuiu de 48 para 30 internações por 10.000 habitantes, isto é, uma redução de 37,7%). As mesmas taxas padronizadas foram calculadas para as internações “Não ICSAB”. Na comparação entre as duas taxas, observam-se maiores reduções no período considerado para as ICSAB, com exceção das cidades de Salvador (aumento de 31,3% entre as ICSAB, especialmente a partir de 2011) e São Paulo (aumento de 20,5%).” (PINTO & GIOVANELLA, 2018, p.1908).

A população brasileira ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD/IBGE).

O suporte da ESF, NASF e UBS com a assistência de prevenção e acompanhamento de forma integral por uma equipe multiprofissional teria como conter o

avanço de doenças que podem ser minimizadas sem precisar levar ao internamento, conforme o Indicador de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) e as UPAs cobririam só os atendimentos de urgência e emergência.

As internações por condições sensíveis ao atendimento ambulatorial (ICSAB) dizem respeito a admissões hospitalares potencialmente evitáveis por meio de vacinações e acompanhamento médico preventivo como: Pneumonia, infecção do Trato Urinário (ITU), distúrbios crônicos como da hipertensão (HAS), diabetes mellitus (DM) passíveis de controle quando tratadas no início pela PNAB.

No entanto, o que se vivencia nas UPAs<sup>14</sup> é um grande número de atendimentos que poderia ser realizado a nível ambulatorial mas por falta de médicos necessários para cobrir a demanda nas UBSs e ESF as UPAs começam a ser a porta de entrada da saúde pública, não podendo fazer o acompanhamento devido o paciente tem um paliativo para as dores retornando com piora do quadro.

Com a falta de um atendimento integral e o acompanhamento médico adequado, como define as diretrizes da PNSPI, as pessoas idosas que evoluíram com piora do quadro das doenças crônicas ficam nas observações das UPAs durante dias, semanas e até meses, aguardando vaga para exames e internamento hospitalar em estado crítico. Na maioria das vezes com: pé diabético necrosado necessitando de amputação por não ter tido acompanhamento integral para tratar a DM, crise hipertensiva por falta de acompanhamento da HAS que evoluiu para o acidente vascular cerebral (AVC), deixando várias sequelas no idoso por falta do acompanhamento da hipertensão, o incapacitando de ter uma velhice ativa, aumentando assim a sua vulnerabilidade dependendo de cuidados especiais que são impostos como responsabilidade para a família, e mesmo que a família se esforce, a dificuldade para conseguir acesso a um tratamento adequado é muito maior.

Em 2018, dados do MS apontam que 39,5% dos idosos possuem alguma doença crônica e quase 30% possuem duas ou mais. O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), para o mesmo ano, a rede internacional para pesquisas sobre envelhecimento, apontou que 75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”. Na pesquisa do IBGE de

---

<sup>14</sup> NA BA, IDOSO DE 67 ANOS ESPERA HÁ 30 DIAS POR TRANSFERÊNCIA PARA CIRURGIA. APOSENTADO FRATUROU O FÊMUR APÓS CAIR NO BANHEIRO DA CASA ONDE MORA. PACIENTE ESTÁ INTERNADO NA UPA DE JUAZEIRO, NO NORTE DO ESTADO. DO G1 BA. <http://g1.globo.com/bahia/noticia/2017/01/na-ba-idoso-de-67-anos-espera-ha-30-dias-por-transferencia-para-cirurgia.html>

2018, a população de idosos ficou em 9,2%, a de jovens 21,9%. Mas em 2060 a população de idosos subiria para 25,5% e a de jovens ficaria no patamar dos 14,7%.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou as dez prioridades para a área da saúde em 2019. A agência, ligada à Organização das Nações Unidas, pretende ampliar em um bilhão, o número de pessoas com acesso à saúde no mundo, reforçando dimensões e pactos de direitos humanos. Entre as metas, há as que impactam diretamente na vida da população idosa, como o controle de doenças crônicas não transmissíveis, do impacto de pandemias de influenza e de cuidados na atenção primária. Segundo a OMS, diabetes, câncer e doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 70% de todas as mortes no equivalente a 41 milhões de óbitos. Os leitos SUS sofreram diminuição (10,5%) no período de 2005 a 2014. Em 2014, o SUS contava com 1,56 leitos por 1.000 habitantes, bem menos que o parâmetro sugerido pelo Ministério da Saúde (MS) de 2,5 a 3/1.000, ainda bastante conservador. Apesar da obrigatoriedade da referência hospitalar, a dificuldade de internar pacientes foi considerada o maior desafio para as UPAs.<sup>15</sup> A longa permanência é uma questão relevante, que reflete as dificuldades da rede hospitalar.

A permanência de pacientes mais de 24 horas nas UPA por falta de vaga impacta na qualidade do atendimento. Mais de quatro horas para transferência do paciente para o leito hospitalar agrava seu quadro. O componente pré-hospitalar fixo foi regulamentado como parte integrante da atenção primária. Como sua implantação ocorreu principalmente para desafogar os hospitais, muitos gestores entenderam a UPA como complementar ao hospital. (O'DWYER, 2017, p.7).

Com o aumento da população idosa e, principalmente entre os mais idosos, em um contexto socioeconômico que vem levando ao aumento do desemprego entre os jovens, alinhado às novas formas de constituição familiar, o envelhecimento na família contemporânea brasileira perpassa por condições particulares, sendo necessária uma discussão ampla de como vem acontecendo as relações familiares na contemporaneidade e como o Estado através de políticas públicas poderia contribuir para os cuidados e proteção à pessoa idosa.

---

<sup>15</sup> No art. 5 - da portaria N. 10 de 3 de janeiro de 2017 - o Ministério da Saúde define que as unidades de Pronto Atendimento (UPAs) têm que; manter os pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html).

### **3 – CONTEXTOS FAMILIÁRES E PESSOAS IDOSAS: A PARTIR DA ÉTICA DO CUIDADO, CONSTRUINDO REDES.**

“Diante da imagem que os velhos nos propõem de nosso futuro, permanecemos incrédulos; uma vez dentro de nós murmura absurdamente que aquilo não vai acontecer conosco; não será mais a nossa pessoa quando aquilo acontecer (...). Assim, pode-se compreender que a sociedade consiga impedir-nos de ver nos velhos nossos semelhantes” (BEAUVOIR, 2018, p.10).

#### **3.1. A velhice e as famílias: relações Intergeracionais em novos contextos.**

“Diante da imagem que os velhos nos propõem de nosso futuro, permanecemos incrédulos; uma vez dentro de nós murmura absurdamente que aquilo não vai acontecer conosco; não será mais a nossa pessoa quando aquilo acontecer (...). Assim, pode-se compreender que a sociedade consiga impedir-nos de ver nos velhos nossos semelhantes” (BEAUVOIR, 2018, p.10).

O envelhecer é um fato que o tempo naturalmente nos impõe. No entanto, aceitar que o seu futuro é determinado a perdas biopsicossociais de forma ascendente, leva para a maioria das pessoas a negação desse estado da existência humana.

Discutida por vários filósofos na história da humanidade, a velhice toma várias conotações conforme a época da história. Em "A República", Platão fala que a sociedade ideal é a que garante a felicidade do homem; mas a felicidade sendo uma virtude, e a virtude emana do conhecimento, que seria a verdade. E para ter esse conhecimento da verdade teria que ser através da educação que começaria a partir da adolescência, começando na plenitude a partir dos 50 anos. Sendo valorizado o envelhecimento em paralelo a necessidade da educação que com a maturidade se chegaria à verdade.

Aristóteles chama a atenção para a decadência do corpo humano, do intelecto do indivíduo como um todo. O médico Galeno (129-199 D.C.), que acreditava na existência de um calor que perderíamos com o passar do tempo, escrevendo a obra Gerocômica onde prescreve a prática da higiene, dos banhos quentes, o uso do vinho diário, a necessidade do aquecimento através de atividades levaria a uma melhor longevidade, sendo abraçadas durante séculos como forma preventiva de agravos nas doenças senis até o século XIX. (BEAUVOIR, 2018).

Só em 1909 um médico nascido em Viena, naturalizado americano Nascher que se dedicava ao estudo do envelhecimento e suas consequências, ao retornar a Viena, com sua equipe, visitando uma “casa de velhos” espantaram-se com a boa saúde e longevidade deles. Seus colegas o disseram que era porque eles tratavam os seus idosos como os pediatras cuidavam das crianças.

Foi à provocação para a criação de um novo ramo de estudos, a geriatria. Em 1912 é fundada a Sociedade de Geriatria em Nova York, sendo publicado em 1914 um novo livro que demorou em conseguir um editor porque o assunto não era importante na sociedade existente.

“O número de pessoas idosas havia duplicado entre 1900 e 1930, e duplicou novamente entre 1930 e 1950; a industrialização da sociedade acarretou a concentração de um grande número desses velhos nas cidades e disso resultaram problemas graves: inúmeras pesquisas foram feitas para procurar a solução. **Elas chamaram a atenção para os velhos e provocaram o desejo de conhecê-los.** A partir de 1930, desenvolveram - se as pesquisas em biologia, em psicologia” (BEAUVOIR, 2018, p. 26). (grifos meus).

A velhice representa de algum modo, a possibilidade do acúmulo de experiência e aprendizado de vida, mas a modernidade traz a quase impossibilidade de qualquer valorização da sabedoria, a Revolução Industrial e a necessidade da produção acelerada para o acúmulo do capital e o prometido progresso e desenvolvimento econômico impõe a necessidade utilitária do indivíduo.

“A partir da industrialização, urbanização, progresso científico e tecnológicos... declínio do patriarcalismo. O estatuto social de dependência da idade avançada.” Cria-se assim uma visão negativa da velhice, diante das condições de pobreza extrema vividas pelos idosos na sociedade” (DIAS, 2005, p. 252).

O valor laborativo da força de trabalho para a sociedade industrial não dá espaço para as pessoas idosas, independente do acúmulo da sabedoria, o que determina os valores seria a utilidade para o crescimento econômico, ou seja, a força de trabalho na indústria em um contexto de pós-guerra. O conhecimento só ganha valor na medida em que contribuir para o “progresso”, para o desenvolvimento do capital.

Na era industrial a razão tornou-se um instrumento, algo inteiramente aproveitado no processo social... é como se o próprio pensamento se tivesse reduzido ao nível do processo industrial... A afirmação de que a justiça e a liberdade são em si mesmas melhores do que a injustiça e a opressão é, cientificamente, verificável e inútil. (HORKHEIMER, 2002, p. 26-29).

Em 1945, foi criada a Sociedade de Gerontologia nos Estados Unidos e, no ano seguinte, foi editado um periódico direcionado à velhice e em 1950 é criada a Associação Internacional de Gerontologia na França. O mundo começa a se interessar a estudar essa categoria e especialistas no estudo do envelhecimento chamam a atenção para vários fatores que vão influenciar o envelhecer.

Conforme Guita Debert (2017), as diferenças sociais, culturais, étnicas, de gênero e religiosas não eram reconhecidas entre as pessoas idosas, eram vistas de forma homogênea, uma minoria desprivilegiada, com uma subcultura. Com o aumento populacional das pessoas idosas a partir do século XIX foram criadas instituições para que os idosos fossem deixados isolados da sociedade, em asilos. “O seu isolamento passou a ser institucionalizado e a velhice começou a ser encarada como uma doença social” (DIAS, 2005, p. 251).

Em paralelo aos estudos da gerontologia começa a ser construída uma nova categoria cultural com especialistas em envelhecimento, pressionando a uma nova forma de gestão, sendo importante no processo de discussão sobre a aposentadoria universal (DEBERT, 2011).

Guita Debert (2017) nos introduz a noção de como a sociedade vai enxergar os seus “velhos”. Conseqüentemente indicará o modo de tratá-los, afirmando que dependerá do que foi construído e reconstruído a partir da história socioeconômica, cultural e política de cada sociedade. Com muitas mudanças sociais advindas do avanço da tecnologia, o aumento da longevidade juntamente com a conquista da aposentadoria começa na década de 70 a ser vislumbrado um novo modelo de vida para as pessoas idosas “a terceira idade” um horizonte a ser conquistado pelo mercado; o lazer, o turismo, etc. Conquistas que vem diminuindo a cada ano com a dependência financeira dos mais jovens devido ao contínuo aumento do desemprego mundial e, principalmente em países periféricos como o Brasil, nas novas famílias multigeracionais.

O envelhecer será diferente<sup>16</sup> para cada época e processo vivenciado pela Humanidade, assim como diferente também para cada indivíduo que vai construir e reconstruir durante a sua existência nas suas relações familiares, o qual sofrerá a influência de fatores externos e internos.

---

<sup>16</sup> As representações sobre a velhice, a posição social dos velhos e o tratamento que lhes é dado pelos mais jovens, portanto, ganham significados particulares em contextos históricos, sociais e culturais distintos. (DEBERT, 2011, p. 1).

Brito da Motta (1998). Nessa vertente, coloca a ideia de que as pessoas idosas são consideradas como grupo heterogêneo, relacionados às diferenças biológicas e sociais, de acordo as suas condições de classe, sexo e gênero. A forma de cada um envelhecer vai depender da influência de vários condicionantes; a genética biológica determinada pelo grau decrescente do funcionamento dos órgãos vitais, a sociocultural relacionadas aos papéis sociais que são produzidos nas sociedades para as pessoas idosas, podendo ser negativos, depreciativos ou não, reconhecendo o caráter heterogêneo das pessoas idosas, restabelecendo o status social dessa categoria de indivíduos com potencial para estabelecer uma vida ativa na sociedade, contribuindo com o desenvolvimento social e econômico. Do ponto de vista psicológico, a autora se refere ao grau de resiliência de cada um em aceitar as perdas geradas pelas novas condições da existência física e socioculturais, podendo levar às escolhas positivas ou negativas na sua caminhada.

Para reforçar essa assertiva, Isabel Dias (2012, p.1) assinala que “a sociedade estabelece de forma cronológica papéis de comportamento social aos indivíduos criando uma idade social para a velhice”. Estabelecendo de forma geral os limites de atuação para uma grande maioria dessa categoria. Definindo em relação à vida laboral a idade da aposentadoria e conseqüentemente da dependência, que a depender da classe social e o acesso à saúde, educação e a tecnologia pode se diferenciar de forma expressiva. No entanto, o status social de dependência criado em cima da idade cronológica não coloca em questão as mudanças tecnológicas que hoje leva o acesso a novos recursos de integração e socialização às pessoas idosas.

Apesar da evidência do envelhecimento nas sociedades europeias, continua a ser difícil envelhecer. Nestas sociedades, para além de questionarem as políticas sociais implementadas, as pessoas recusam geralmente o "espelho da vida". É difícil envelhecer num mundo que tem a tendência para repelir a doença e a morte. A busca da mítica fonte da juventude jamais foi tão tenaz como nos nossos dias. (...) As sociedades do conhecimento ou da informação, como as atuais, definiram novas possibilidades e limites para os idosos. Com a introdução das tecnologias da informação e da comunicação (TIC), mudou o modo de acesso e produção de conhecimento (DIAS, 2005, p.2 e 52).

De acordo com Isabel Dias (2005), abordagens teóricas sobre o envelhecimento foram criadas a partir de vários olhares em múltiplas áreas do conhecimento que vem influenciar a forma como vemos, como reconhecemos e como tratamos as pessoas idosas nas sociedades contemporâneas. O envelhecimento inserido em contexto social

onde se vive o declínio da cidadania implica na urgência e na necessidade de compreender as teorias sociológicas (DIAS, 2005).

QUADRO 2– Abordagens e Critérios das Teorias Sociológicas

TEORIAS SOCIOLÓGICAS	CRITÉRIOS SOCIOLÓGICOS
DESVINCULAÇÃO	Retirada da pessoa idosa dos seus papéis sociais, para se preparar para a morte. Uma desvinculação funcional, abrindo espaço para a substituição dos papéis entre gerações.
Teoria da Sub-Cultura	Postula que toda a pessoa idosa tem características próprias de um grupo isolado.
Teoria da Modernização	A existência de novos critérios para organização social advinda da industrialização em detrimento dos critérios tradicionais, experiência, conhecimento. As pessoas idosas perdem o status social para os mais jovens.
Estruturalismo	A análise das transições demográficas. As transições demográficas, na modernização, as tecnologias, o aumento da longevidade e a diminuição da mortalidade
Grupos de interesses	As políticas públicas levam à criação de grupos políticos que lutam pelos seus interesses.
Economia política do envelhecimento	Relaciona a condição econômica do idoso com o Estado, etnia, gênero e o capital.
Teoria dos Papéis	Com a perda dos papéis sociais, se faz necessário a adoção de estratégias para novos papéis. O reconhecimento da perda de papéis por causa da idade concorda com a desvinculação e a idadinização entre as gerações.
Teoria do Desenvolvimento	Universaliza o envelhecimento determinado por ciclos, com padrões determinados.
Teoria da Troca	Aplicada aos estudos de família, os idosos pouco contribuem para as trocas geracionais.
Teoria da Self da identidade	Enfatizam a intenção dos sujeitos e o seu papel na construção da sua realidade.
Teoria da Continuidade	A identidade construída através dos papeis que foram vividos e que vão ser vividos.
Perspectivas feministas.	O envelhecer afeta diferentemente os gêneros, em contextos desiguais garantindo há alguns privilégios. Consideram que o envelhecimento é um processo de gênero, denunciando o trabalho doméstico das mulheres idosas e ratificam a análise biopsicossocial do envelhecimento.
Teoria do Ciclo Vital	O envelhecimento e estudado através de como passamos os ciclos vitais da vida. A depender das realidades vividas por cada um, durante os ciclos vitais, chegamos a um envelhecimento “normal”, patológico ou com êxito.



Teoria da Atividade	Enfatiza a importância da atividade para um envelhecimento saudável
---------------------	---

Fonte: Adaptação feita pela autora a partir de DIAS (2005, p.255 e seguintes).

Analisando essas teorias sociológicas verificamos que esses critérios ainda são utilizados atualmente e estão intrínsecos no discurso de agressores para justificar abusos e maus tratos para com as pessoas idosas, sendo a maioria os filhos (as), netos (as). A desvalorização da pessoa idosa no começo da industrialização, na modernidade, pela diminuição da força física, colocando de lado o conhecimento adquirido, vem influenciando a sociedade até os dias atuais.

A partir do fim do século 19, e com mais força nos países europeus, após o fim da 2ª Guerra Mundial, a aposentadoria entra na pauta das reivindicações operárias, fornecendo uma identidade a uma população até então associada à pobreza, invalidez e incapacidade de produzir e diferenciando-a de outros grupos alvos da assistência social (DEBERT, 2011, p. 1).

Isabel Dias (2005, p. 252) chama a atenção de que até 1980 discursos negativos sobre a velhice eram comuns, chamando a atenção para a pobreza, isolamento social, solidão e doença. Legitimando a situação de dependência das pessoas idosas na sociedade. A década de 90 veio com movimentos políticos, associações com discursos em defesa dos direitos da pessoa idosa, com a preocupação da melhoria das condições de vida das pessoas idosas e especialmente defendendo que qualquer tipo de intervenção deveria ser social e politicamente integrado.

Enfatizando esse argumento acreditamos que a promoção de grupos de convivência que promovam uma reflexão crítica dessa população sobre a realidade vivenciada com ênfase na importância de se tornarem atores da sua história através da sua participação política. Realizando uma reflexão sobre como a sociedade enxerga a velhice, promovendo a valorização e integração das pessoas idosas de forma ativa, reconhecendo-os como grupos heterogêneos e participantes da construção de uma sociedade onde os direitos desses longevos humanos sejam respeitados.

Consoante (Guita Debert, 2019)<sup>17</sup> a sociedade contemporânea diante do aumento da longevidade e de mais oportunidades para a melhoria da qualidade de vida, separam por etapas a velhice como: meia- idade, idade da loba, a terceira idade, a aposentadoria ativa. A supervalorização do consumo para essas etapas em busca da juventude eterna

<sup>17</sup> DEBERT, G.G. O corpo e a reinvenção da velhice in Envelhecimento e Intergeneracionalidade: Olhares interdisciplinares, coleção Família e desenvolvimento humano V2 (Org.) Elaine Pedreira Rabinovich, Lucia Vaz de Campos Moreira, Eliana Sales Brito, Marilaine Menezes Ferreira, Curitiba; CRV, 2019

através de uma vida ativa com a ajuda da medicina estética e a tecnologia combatendo a deterioração e decadência do corpo. As imperfeições do corpo não são mais naturais em uma luta pela aparência desejada. Uma libido estimulada através da oferta de hormônios e a recusa destes como algo incomum. Os “novos idosos”, “jovens idosos” como resultado da promoção da terceira idade, onde a cultura da juventude eterna difundida pelos programas de socialização e estímulo a atividade física bem como o retorno aos estudos através das universidades da terceira idade. A promoção da valorização desses “jovens idosos” vem estimulando mudanças na percepção da sociedade frente a esses idosos e concomitantemente verificamos um incremento mercadológico, ocupando uma grande área de consumo para esse segmento de aposentados, em boa forma física, ativos, em condições econômicas e físicas para poderem aproveitar a vida almejada. No entanto os mais idosos, centenários a cada dia ficam mais distantes dessas promessas. Necessitando de muito mais cuidados para realizar tarefas básicas do cotidiano precisando de uma atenção especial do Estado e da família.

“No Brasil, as políticas para a velhice estão centradas no idoso com plena autonomia funcional, como dissemos, há um Know How precioso para atender as demandas deste setor. Contudo, a velhice dependente precisa ser olhada com maior atenção, pois os custos econômicos são muito maiores e exigem um treinamento específico de profissionais voltados para este cuidado.” (DEBERT, 2019, p.37)

Falando sobre a família multigeracional, Alda Brito Mota (2010) especificamente sobre as famílias com pessoas idosas e as pessoas mais idosas, centenárias, uma presença comum hoje em dia. Os papéis dos “novos idosos” frente aos “velhos idosos” os primeiros cuidando dos últimos e dos filhos jovens que retornam para casa após separações ou não, trazendo os netos e /ou, genros e noras devido à instabilidade das relações afetivas e as condições econômicas, esses novos e velhos idosos aposentados ou beneficiários do BPC que além dos cuidados também vão manter financeiramente toda a família.

“A família hoje, é cenário desdobrado, com novos personagens, novos papéis, inclusive superpostos e em vivência mais longa deles - avós atuais, não raro são também netos; multiplicam se bisnetos e bisavós; gerações “maduras” e idosos “jovens”; estes já caracterizados como geração “pivô” ou geração intermediária, cuidam de filhos e netos, mas também de pais mais velhos.” (MOTTA, 2019, p.359)

Com a crise econômica do neoliberalismo global e o aumento do desemprego nos países periféricos como o Brasil, especialmente entre os jovens gerou o fenômeno dos “Nem Nem”, sendo primeiro observado entre uma parcela da população jovem, no caso pessoas de 15 a 29 anos, que não estudavam e nem trabalhavam. Esta situação faz com que as aposentadorias e pensões das pessoas idosas <sup>18</sup> tenham que cobrir as despesas familiares, muitas vezes sozinhos. (CAMARANO, 2020).

Ultimamente, esse fenômeno tem sido verificado, também, entre os homens de 50 a 59 anos que não trabalhavam, não procuravam trabalho, não eram aposentados e nem pensionistas, também denominados “nem-nem”, onde a maioria morava na casa dos pais idosos tendo um aumento proporcional de 5,3% para 9,1% entre 1992 e 2012. Conforme dados do IBGE 2020, o número de familiares que se dedicavam a cuidados de indivíduos de 60 anos ou mais saltou de 3,7 milhões em 2016 para 5,1 milhões em 2019, representando 10,5% (1,5 ponto percentual a mais que em 2016) dos 49,1 milhões de pessoas que realizavam cuidados de moradores no ano de 2018. As informações são do suplemento Outras Formas de Trabalho, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD-C 2019).

A crise provocada pela pandemia do covid-19 e o isolamento social extinguiu várias vagas de empregos, afetando triplamente as pessoas idosas; maior risco de morte pela covid, isolamento e medo de sair para acompanhamento médico das doenças crônicas e o aumento da perda financeira por ter que contribuir mais com a sua aposentadoria para o sustento dos familiares desempregados.

De acordo com dados da PNAD Contínua (PNADC) em 2019, dos 72,6 milhões de domicílios brasileiros, 35,0% tinham pelo menos um idoso residindo. Nestes domicílios moravam 65,3 milhões de pessoas, em média 2,6 pessoas por domicílio, das quais 30,9 milhões eram não idosas. Dentre os não idosos, 16,9 milhões não trabalhavam. Os idosos contribuem com 70,6% da renda destes domicílios e 62,5% de sua renda vinha de aposentadorias ou pensões. Como verificamos na tabela a seguir:

---

<sup>18</sup>Não se tem dúvidas de que a pandemia do coronavírus está trazendo consequências devastadoras em termos de perdas de vidas humanas e de emprego, afetando as famílias de várias formas. Uma delas é a diminuição da renda de seus membros, seja pela morte ou pela perda de emprego num momento de difícil acesso a um trabalho remunerado. A tendência esperada é a de um crescimento do número dessas mortes e do desemprego, neste último caso, mesmo depois da pandemia, o que terá um grande impacto nas suas famílias. (CAMARANO, 2020, p. 4170)

TABELA 1 - Número de domicílios e moradores segundo algumas categorias dos domicílios. Brasil, 2019.

	Número em mil	Residentes em mil			
		Total	Idosos	15 a 59	< 15
Total de domicílios	72.631,5	209.496,5	34.361,4	133.682,6	41.452,5
Domicílios com idosos	25.396,5	65.283,2	34.361,4	25.612,7	5.309,1
Domicílios cuja renda do Idoso é > 50%	15.417,4	32.152,1	20.070,1	9.864,1	2.217,9
Domicílios com apenas a renda do Idoso	13.508,5	24.450,4	19.512,4	4.027,7	910,3

Fonte: IBGE/PNAD Contínua, 2019.

Diante desse novo quadro, da pandemia e da crise econômica, as pessoas idosas vêm sendo o alicerce da maioria das famílias brasileiras, especialmente as mais vulneráveis. Como paradoxo foram as que sofreram maior mitigação nesse processo e confirmam uma tendência que se assinalava anteriormente: serem provedoras de uma ou duas gerações concomitantemente.

Na Tabela acima, pode-se destacar a presença de pessoas idosas nos domicílios brasileiros, apresentando número expressivo quanto à renda ser maior que 50% e a serem arrimos de família.

Esses dados mostram claramente a importância da renda do idoso na de um terço das famílias brasileiras, o que desmistifica a visão tradicional do idoso dependente do ponto de vista econômico. O que se viu aqui foi este assumindo um papel importante de provedor, para o qual não só a renda da Seguridade Social desempenha um papel significativo, mas, também, a do trabalho. (CAMARANO,2020,p.4173).

### 3.2- A ética, o cuidado e a construção de redes.

“Preconceitos que existem no imaginário social, tais como os que consideram as pessoas idosas aborrecidas, feias, cansadas e improdutivas” (DIAS, 2015, p.93) podem ser superados através da construção do vínculo afetivo compartilhando experiências intergeracionais.

Seguindo essa assertiva, coadunando com a produção de Miotto (2015), a família se configura como uma unidade de produção de bem-estar individual dos membros da

unidade familiar. Evidenciando a economia incrustada dentro da família através do trabalho remunerado como o não remunerado, sendo fundamentais à sustentação da subsistência e do bem-estar dos membros da família.

O trabalho em cuidados vem sendo colocado à parte nas políticas de saúde. Esta diferenciação é pertinente, no que concerne à provocação da desfamiliarização dos cuidados que estão sendo entregue somente a família. Isso acontece dentro dos serviços públicos de saúde, como condicionalidade para receber os mesmos se apropriando do trabalho familiar e agindo com indiferença à vida laboral dos mesmos e dos desgastes nas peregrinações para conseguir o atendimento no serviço ofertado, que são um direito e não uma ajuda de terceiros com condicionalidades e mérito.

A família é apontada como elemento chave não apenas para sobrevivência dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, na transmissão do capital cultural, econômico, da propriedade de grupo, relações de gênero e de solidariedade entre gerações (CARVALHO & ALMEIDA, 2003).

Saber cuidar é um determinante para as famílias sem nenhuma estrutura física, educacional e emocional.

“Cuidar de alguém dependente exige que a família tenha apoio das políticas sociais. Além de serem atendidas em instituições públicas, devem ser orientadas sobre os processos de cuidar, ou seja, precisam de suporte social e de atenção para exercerem o cuidado. Nesse sentido, a inserção dos cuidadores em atividades, grupos de orientação e programas de apoio, pode ajudar a minimizar adoecimentos, sentimento de culpa e impotência que são frequentes em familiares que cuidam de idosos dependentes” (DELGADO, 2015, p.784-785).

Saber e estar disponível para cuidar são um determinante do Estado para com as famílias, sem nenhuma estrutura física, educacional, emocional e econômica. Em muitas situações, uma pessoa idosa acamada e obesa, por exemplo, encontra-se sob os cuidados de outro idoso, já fragilizado fisicamente. Em geral, e frequentemente relatados pela literatura, há sobrecarga em mulheres idosas, sem ter tido nenhuma informação técnica de cuidados necessários a pessoas acamadas, com o emocional desgastado diante da falta de cuidados consigo próprio e sem condições financeiras para os cuidados necessários a ambos.

Políticas públicas direcionadas ao tratamento terapêutico dos pacientes quando saem de alta com sequelas de AVC não são disponíveis no SUS, como nos seguros de saúde particulares, aonde o paciente, antes de ir para casa, passa por uma unidade de

reabilitação com uma equipe multiprofissional de fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, o que é indispensável para reabilitação dos pacientes.

Ficar em casa sob os cuidados dos familiares, mas com alguma independência, faz muita diferença para os pacientes e familiares. Os pacientes do SUS sequelados e acamados vão para casa aos cuidados dos familiares sem nenhum conhecimento técnico, nenhum preparo para o cuidado e a reabilitação. Esse despreparo e a falta de condições físicas, econômicas e emocionais dos cuidadores familiares leva a evolução e agravos que poderiam ser revertidos com a intervenção do Estado. Clínicas de reabilitação para promoção da independência mesmo que parcial desses idosos para a saída do internamento com todo o suporte de fisioterapia e cuidados adequados como local intermediário entre o internamento hospitalar e o retorno a casa só existe no serviço privado. As equipes de atenção domiciliar (SUS) que fazem curativos em casa e dá algum suporte as famílias vêm diminuindo, juntamente com o desmonte do SUS, não conseguindo abranger a população idosa que necessita do serviço.

“Essas famílias que já estão passando por situações de vulnerabilidade social com a diminuição da renda por causa da perda de empregos dos mais novos, sendo a aposentadoria a única renda ou aquela que mais contribui nas despesas básicas domésticas, e na maioria dos casos as filhas, esposas são aquelas que assumem a responsabilidade do cuidar sem ter na maioria das vezes nenhuma informação e preparo específico para isto. “Os crescentes custos das tarefas” de cuidar, ao lado das dificuldades econômicas, mudanças demográficas e nos contratos de gênero sugerem que as famílias brasileiras não poderão continuar como as principais cuidadoras de seus dependentes sem a ajuda do Estado. A ideia hoje, mesmo fora dos círculos neoliberais, é de que as famílias provêm cuidado melhor e a custos mais baixos do que o Estado. Entretanto, no repasse das tarefas de proteção e cuidado do Estado para a sociedade civil, em particular para a família, questões importantes são negligenciadas”. (CAMARANO, 2004, p.244)

Se referindo ao estudo de campo realizado, Sylvia Mello faz a demarcação geográfica da periferia de São Paulo e chama a atenção sobre os aglomerados familiares formados por membros da mesma família, irmãos, avós, tios, tias todos morando em casas diferentes, mas juntos (MELLO, 2000). Até novos casais que se formam, mesmo podendo morar em uma região mais valorizada, preferem morar próximos à rede familiar.

Seguindo ainda a mesma trilha teórica, a autora menciona a relação existente de mútua dependência financeira, emocional e social que os leva a criar uma rede de ajuda

e cooperação para enfrentamento às possíveis situações de fragilidades, como desemprego, divórcio, doenças e necessidade de cuidados especiais.

Não sei se é solidariedade o sentimento que predomina, creio, porém, que ele está mais próximo do conhecimento da verdadeira dimensão da carência, ou seja, esses sentimentos, quaisquer que sejam os nomes, são frutos de uma experiência real de ajuda. É importante levar em conta a prática da ajuda mútua para não cairmos na armadilha da solidariedade abstrata que idealizamos ou negamos que as classes populares possuam (...). O centro dessa ajuda mútua é a família. (MELLO, 2000, p. 54-55)

A partir da década de 90, trabalhos críticos de viés feminista e interdisciplinar foram realizados com destaque ao PPGNEIM/UFBA e da socióloga Alda Motta, bem como produção interna do PPGFSC/UCSAL, se referindo ao parentesco, não como um determinante genético imutável, mas como um sistema cultural onde práticas biológicas e sociais são refeitas constantemente, culturalmente construídas.

A economia política do envelhecimento não separa as políticas sociais da natureza das relações de cuidados intrafamiliares. Nessa perspectiva, os domínios públicos e privados interagem, revelando com isso que as políticas afetam as relações familiares. Por exemplo, quando o Estado tenta minimizar seu compromisso financeiro para com a família, um maior peso recai sobre os mais vulneráveis, particularmente as mulheres, que terão de arcar com as responsabilidades do cuidado. (CAMARANO, 2004, p.237).

Conforme Sabrina Finamori (2018, p.21), no início dos anos 2000, foi realizado estudos sobre o reavivamento do parentesco direcionados a parentalidade, passando da visão biológica e geracional para um olhar sob suas interconexões em contextos sociais particulares. Tendo na relacionalidade uma das noções mais influentes desse período para os estudos de família/parentesco, analisando o que é "ser parente" independente de laços biológicos, ligadas aos aspectos emocionais nas vivências do cotidiano.

Atualmente, estamos diante de novos modelos e composições familiares. As estratégias de sobrevivência onde rendas seriam reunidas em um orçamento comum e dispensadas segundo critérios estabelecidos no âmbito familiar, com o objetivo de atender as necessidades de seus membros estão sendo colocadas em xeque.

Cynthia Andersen Sarti (2015) se refere às transformações existentes na configuração da família contemporânea, decorrentes de interferências externas que abalam questões sociais e culturais enraizadas na configuração da sociedade

contemporânea em contextos sociais com maior vulnerabilidade social a construção em rede do parentesco, como sendo aquele que cuida independente da biológica.

A saída da mulher de casa em busca do trabalho e assim ser economicamente independente, contribuindo igualmente com as despesas domésticas impôs uma nova lógica do poder, da autoridade parental gerando mudanças na constituição das famílias. Hoje temos famílias monoparentais com mãe ou pai e filhos, famílias recompostas onde convivem mães ou pais com filhos, padrastos ou madrastas, enteados.

Relações familiares onde a autoridade parental é colocada em xeque diante da coexistência de várias formas de conquistá-la. A partir do momento que a mulher começa a contribuir financeiramente com as despesas domésticas a autoridade do marido começa a ser abalada, não só pela esposa, mas também pelos filhos. Neste novo cenário onde as relações familiares são definidas de forma horizontal, democráticas, acabando com a hierarquia vertical de poder que elegeu uma autoridade parental baseada na esfera política.

“A relação autoritária entre o que manda e o que obedece não está assentada nem na razão comum nem no poder do que manda: o que eles possuem em comum é a própria hierarquia e na qual ambos têm seu lugar estável predeterminado (...) Sem a convicção de que os antepassados fornecem o exemplo para as gerações subsequentes, foi sobreposto ao reino da política, serviu basicamente para obscurecer pretensões ao poder, e fingiu educar para dominar.” (ARENDR, 2011, p. 129,161).

A relação horizontal, democrática acaba com a hierarquia parental onde o diálogo, e negociações são as formas para decidir as questões interfamiliares. Onde os filhos são possuidores de direitos. A vida doméstica em uma relação democrática seria o caminho para a valorização dos interesses individuais acabando com o familismo e elegendo o individualismo nas relações familiares. Reconhecendo os filhos como sujeitos de direitos e não levando em conta a necessidade de também serem “sujeitos de deveres”, como a divisão dos afazeres domésticos e os cuidados com os mais vulneráveis. Avaliando esses dados, necessitamos ter uma ideia melhor da construção dessa relação familiar. Quais os tipos de vínculos vêm sendo construídos na família contemporânea?

Com o passar dos anos e todas as transformações sociais ocorridas, o papel do pai veio se modificando, inclusive com a perda da sua autoridade, como também



consequência de uma crise social relativa à perda de valores como a tradição e religião (Arendt, 2011)

A família na sociedade contemporânea vem se caracterizando pela valorização da liberdade e da individualidade, ressignificando os papéis parentais na vida cotidiana em que vem sendo colocado em xeque valores morais relacionados à proteção, cuidados, afetos e respeito mútuo. A crescente diversidade e fluidez nos arranjos familiares aumentam as possibilidades de trocas intergeracionais mais igualitárias e democráticas, mas também pode provocar inseguranças e incertezas.

A emancipação feminina levou a uma reformulação dos papéis parentais e conseqüentemente da relação de poder e dominação na família patriarcal. Uma mudança que coloca em crise a relação conjugal devido a redefinição do novo papel e funções do pai na sociedade contemporânea, não sendo mais visto só como o provedor, mas também como responsável pelo cuidado com os filhos, e o compartilhamento dos afazeres domésticos em uma relação democrática e igualitária respeitando os direitos da companheira e dos filhos. Uma mulher, mãe, filha, trabalhadora e companheira que agora tem uma jornada de trabalho externo contribuindo nas despesas domésticas igualmente ao companheiro e outra jornada em casa de trabalhos domésticos, de cuidados com filhos e, em muitas situações, a responsabilidade de cuidar também dos pais idosos que não tenham como se cuidar sozinhos, cuja a renda desses vai contribuir com as despesas domésticas.

“Todas as indicações são de que as mulheres brasileiras já se tornaram “recursos escassos” para as tarefas domésticas de cuidado e que urge uma política voltada para famílias e de suporte às mulheres. Entretanto, parece que o Estado brasileiro não percebe ou não quer perceber; não reage, não quer reagir ou não sabe como fazer?” (CAMARANO, 2004, p. 247).

Com o aumento do desemprego devido às novas formas globalizadas de organização do capital, as classes sociais mais vulneráveis, ou as mais pobres, vêm criando formas específicas de proteção através de configurações familiares em redes para o sustento e sobrevivência, onde ocorrem arranjos em que a criação das crianças é compartilhada de forma temporária, ou transferida permanentemente, na maioria das vezes para os avós e etc.

“A família pobre, constituindo-se em rede, com ramificações que envolvem o parentesco como um todo, configura uma trama de obrigações morais que enreda seus membros, num duplo sentido, ao dificultar sua individualização e, ao

mesmo tempo, viabilizar sua existência como apoio e sustentação básicos.” (SARTI, 2015, p.31).

Parente, para famílias em vulnerabilidade social, são aqueles com quem eles possam contar na necessidade maior da sobrevivência, da fome, da doença. As casas, coladas umas nas outras se tornando uma casa grande, com vários cômodos e onde as crianças crescem sob os cuidados da avó ou daquela avó que vive ao lado. A ética do cuidado reúne também outras crianças, porque as mães precisam sair para trabalhar e os adultos, se não conseguirem um trabalho fora de casa, também não tem reconhecimento de seu papel na sociedade contemporânea. Quando nos referimos ao conceito de parentalidade na sociedade contemporânea, podemos aferir que:

“O neologismo parentalidade (...) não discrimina pai e mãe, função materna e paterna, implica uma simetria e igualdade entre pai e mãe. Trata-se de um signifiante que surge historicamente quando o patriarcado remonta a um futuro distante, quando as leis visam legitimar a divisão da responsabilidade e da autoridade em relação aos filhos entre pai e mãe.” (TEPERMAN, 2011, pp.159-160).

O pai quando não se sente mais o provedor ou, sabendo que não consegue sozinho prover a família, também se depara com outras funções como a de cuidados com os filhos e a divisão dos afazeres domésticos, uma situação totalmente diferente das que seus pais viveram e que eles aprenderam como padrão da família patriarcal.

O papel do pai vem se modificando nessas últimas décadas devido à perda da ou crise da sua autoridade como consequência da perda de valores como a tradição e a religião (ARENDRT,2012). Vivenciamos na sociedade contemporânea um ditado do momento, “viva a vida”, “faça o que gosta” “*Carpe Diem*”, sem os valores e obrigações estabelecidas para com os seus. Em paralelo a essa realidade a sociedade neoliberal promove:

“A era da mercadização do mundo, do hiperconsumo que nada deixa subsistir fora da lógica do mercado Para chegar à vitória final, o liberalismo globalizado precisa obter, por todos os meios, a liquidação das antigas e tolhidas figuras do “sentido transcendente” para que tudo se torne fluido, imanente às exigências do consumo. Isso está feito, ou falta muito pouco. Enfim livres das diversas “inchações metafísicas”, morais e religiosas que serviam, até bem pouco tempo ainda, para dar alguma significação às nossas vidas, nós consumimos de tudo: objetos materiais, é claro, mas também cultura, escola, espiritualidade, religião, política, nem que seja sob a forma de espetáculo televisivo, que levam a suputações, apostas, conjecturas, afinal, bem divertidas. Nada mais parece transcender uma lógica de mercado que tende a tornar os valores mais altos radicalmente imanentes a seu próprio funcionamento.” (FERRY, 2008, p.26).

Para que o consumo seja sempre necessário, o amor também precisa ser fluido e líquido. Esse é o conceito basilar que Bauman (2004) <sup>19</sup> traz em uma abordagem crítica sobre a fragilidade dos laços, dos vínculos humanos na sociedade contemporânea, levando a construção de novas necessidades em uma busca constante de novos amores, novos prazeres, novas conquistas materiais e emocionais que vão atravessando todas as esferas da sociedade contemporânea promovida especialmente pelos ditames da lógica do mercado consumidor. Em paralelo a determinação do mercado, onde a regra é descartar o que não é mais vantajoso, se verifica também a formação de uma sociedade em que as relações humanas também são descartáveis, através de relacionamentos líquidos. Uma mudança estrutural muito rápida, não deixando espaço para que este homem conseguisse se adaptar a tais mudanças e se redescobrisse em novos papéis para assim poder acompanhar e seguir com essa nova mulher lado a lado, não mais na frente. A lei Maria da Penha, O estatuto da criança e do adolescente, o estatuto do idoso, novas leis que abarcam novos direitos, vêm mostrar a importância e a obrigação da existência de uma relação minimamente respeitosa no seio familiar.

Todos esses acontecimentos afloram em um contexto mundial onde a esperança na modernização e no desenvolvimento tecnológico em consonância com ideologias políticas utópicas e projetos para alcançarmos uma sociedade ideal! “As utopias políticas foram perdendo a capacidade de persuadir e de alimentar a esperança; também se submeteram ao processo de desconstrução” (DONATI, 2008, p.16).

“Os “novos velhos” podem vir a preencher uma máquina econômica em declínio. Eles possuem poder de compra, tem necessidade de serviços, dedicam tempo e atividades aos netos, em suma, podem imprimir ao mercado de bens e serviços uma nova esperança. Importa, por isso, analisar os novos cenários sociais em que os idosos configuram aspectos decisivos das suas vivências.” (DIAS, 2005, p.253).

A sociedade pode até os reconhecer como consumidores necessários, mas não os reconhece como cidadãos de direitos. Para que a sociedade reconheça a pessoa idosa como parte importante para o desenvolvimento socioeconômico e cultural se faz

---

<sup>19</sup> E assim é numa cultura consumista como a nossa, que favorece o produto pronto para uso imediato, o prazer passageiro, a satisfação instantânea, resultados que não exijam esforços prolongados, receitas testadas, garantias de seguro total e devolução do dinheiro. A promessa de aprender a arte de amar é a oferta (falsa, enganosa, mas que se deseja ardentemente que seja verdadeira) de construir a “experiência amorosa” à semelhança de outras mercadorias, que fascinam e seduzem exibindo todas essas características e prometem desejo sem ansiedade, esforço sem suor e resultados sem esforço.( BAUMAN 2004 p.18 )

necessário o fortalecimento desta através da formação de grupos, associações com a garantia da liberdade política de expressão e de decisão na produção de políticas públicas. Incluindo, ademais, promoção intensa da visualização acerca das vivências e contextos nos quais as pessoas idosas estão inseridas, com o objetivo de haver discussão crítica e histórica entre gerações através do fortalecimento do respeito mútuo.

“A ampliação significativa das formas de sociabilidade não familiar, essa tendência atual a formação ou agregação em grupos etários vem atingindo também os mais velhos, que passam a constituir objeto recente de visibilidade social e exposição ao consumo capitalista de serviços, paralelamente à ampliação de uma esfera de liberdade individual, em inédita expressão coletiva nos grupos de lazer e cultura para a “terceira idade” e, inesperadamente, na política, no movimento dos aposentados”. (MOTA, 2010, p.232).

### 3.3. Violências contra pessoas idosas: invisibilidades?

Os mais velhos, inclusive os das classes populares, estão sendo frequente arrimo (pelo menos parcial), da família, até abrigando, em casa, filhos e netos, ou mantendo-os muito próximos. Mesmo porque, ao contrário de outros membros mais jovens da família, muitos idosos têm uma renda certa, por pequena que seja. Vive, a família do idoso, situações novas, entre as quais se destaca a simultaneidade de várias gerações. Se não na mesma unidade doméstica, em espaço ou relações muito próximos. Algo que é mais que atual relativamente inédito em sua magnitude, ensejado tanto pela situação demográfica, da queda da mortalidade e maior longevidade, com o conseqüente aumento da população mais velha, como pela questão social produzida pela crise econômica e pelo atual modelo excludente de desenvolvimento, com a crescente escassez de empregos e o recurso inapelável ao apoio da família. Geralmente, dos mais velhos. (MOTA, 1998, p. 78).

Na sociedade contemporânea existem várias formas de família; ampliadas, recompostas, em convivência com várias gerações. O ninho não fica mais tão vazio em uma sociedade que vive as conseqüências do desemprego na grande parcela da população, fruto das mazelas do neoliberalismo e os ditames da globalização. Os filhos se casam, mas como não tem como se manter, retornam a casa dos pais trazendo genros, noras e netos. Temos também os recasamentos e os filhos não aceitos pelos atuais cônjuges são entregues aos avós para serem criados.

Em uma mesma casa pode-se encontrar várias gerações convivendo e nessas relações vão existir as relações de poder, embutidos nos vínculos familiares como “naturais” construídos e ou desconstruídos no decorrer da vida em família as “violências

sobrepostas” (CAVALCANTI, 2018). Muitas vezes, essas são aceitas com resiliência pelas pessoas idosas, principalmente pelas mulheres idosas revelando também violência de gênero e institucionais.

A mãe, mulher idosa, que sustenta financeiramente com a aposentadoria, cuida dos netos, bisnetos e até de outro idoso mais velho, sem esquecer dos afazeres domésticos. Mas todo esse trabalho é invisível ou visto como papel específico do gênero feminino. Além de sofrer essa exploração que está intrínseca na sociedade, no inconsciente da mesma, começa a sofrer abusos psicológicos com agressões verbais, insultos, humilhações que vão aumentando no decorrer do tempo e com a diminuição da condição de cuidadora e a necessidade de ser cuidada, com o aumento da dependência física e emocional aumenta também a violência.

Consoante Isabel Dias (2005, p. 264), os maus tratos são classificados por vários tipos de abusos: os abusos psicológicos; agressões verbais, infantilização e vários tipos de humilhação. O abuso material, apropriação ilegal, sem a permissão da pessoa idosa dos seus proventos ou de seus bens e a negação da administração dos seus bens. A negligência pode ser ativa ou passiva. Passiva no sentido de não ser intencional, ou não ter conhecimento.

“Além dos aspectos de sociabilidade e de afetividade, o plano familiar pode constituir-se como o palco de violências, tais como simbólica, física, sexual, patrimonial, psicológica e moral que ocorrem na privacidade do lar e sinalizam para a origem de todos os demais.” (CAVALCANTI, 2018, p.99).

Observa-se que existe um momento natural de troca de poder, de chefia durante os ciclos da vida e as diferentes gerações (MOTTA, 2019). O controle das finanças e a regulação das ações individuais de cada um conforme o poder no grupo familiar. Sendo comum o filho decidir sem consulta prévia, de forma impositiva, o que deve ser “melhor” para os seus pais.

Situações que são delimitadas socialmente quando a sociedade define etapas do curso da vida com os papéis estabelecidos, criando lugares específicos para cada fase da vida, e a partir dos 60 anos com a aposentadoria, o começo do descarte da “morte social”.

A dependência, física devido ao avanço da idade, deixa a pessoa idosa presa à necessidade de cuidados que sempre foram deixados a cargo da família, família essa que nem sempre está preparada economicamente, fisicamente e psicologicamente para tais cuidados está preparada economicamente, fisicamente e psicologicamente para tais

cuidados, sendo a dependência financeira que mais favorece a existência de maus (DIAS, 2005). Conforme Dias (2005) definir o que é maus tratos às pessoas idosas provocou muita discussão e definições desde que o problema passou a ser reconhecido como um problema social e não privado.

Chegando ao consenso de que:

“O conceito de mau trato de idosos se refere a um comportamento destrutivo, dirigido a um adulto idoso, que ocorre num contexto de confiança e cuja frequência (única ou regular) não só provoca sofrimento físico, psicológico e emocional, como representa uma séria violação dos direitos humanos. Integra vários tipos de maus-tratos, designadamente o abuso físico (definido como a prática de injúria ou coerção física); psicológico (consiste na prática de angústia e sofrimento mental e pode ser infligidos através da agressão verbal, ameaças, infantilização, humilhação, isolamento, etc.); material/financeiro (ligado à exploração económica ou imprópria do idoso ou ao uso ilegal dos seus fundos, recursos e bens pessoais); e a negligência (ativa ou passiva)”. (DIAS, 2010, p. 256-257).

Esses abusos podem ser físicos, materiais e/ou psicológicos, além da negligência por parte dos parentes, como já mencionado. O abuso físico com a prática de coerção física; O abuso material consiste na exploração económica, a apropriação dos bens financeiros e materiais; O abuso psicológico é a prática de injúria, causando angústia e sofrimento mental através das agressões verbais.

A negligência pode ser ativa ou passiva. A ativa seria a recusa do cuidado intencionalmente. E a passiva é não prestar os cuidados devidos de forma não intencional. (DIAS, 2005).

“O reconhecimento de que os idosos eram vítimas de mau trato na família e em contexto institucional foi tardio. Só em final dos anos 70, início dos anos 80, é que tal foi reconhecido como um grave problema social. Os profissionais ligados as agencias formais de serviço social e a saúde rapidamente se apropriaram deste tema, passando a intervenção a desenvolver-se sobretudo no âmbito das instituições médicas e sociais.” (DIAS, 2005, p.260).

A atuação do serviço social nas UPAs tem um papel fundamental para a denuncia de abusos contra as pessoas idosas<sup>20</sup>. A presença do serviço social em uma UPA leva a

---

<sup>20</sup> São princípios fundamentais da profissão de assistente social, previstos no Código de Ética do Assistente Social: I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas

uma maior garantia de uma abordagem específica para que exista a denúncia segundo o Ministério da Saúde (2002, p. 21), a violência institucional “é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional.” Art. 98. Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado. No entanto, nem sempre o profissional é acionado pelo médico ou pela enfermagem quando identificam alguma possibilidade desta situação nos atendimentos.

De acordo com pesquisa realizada por Vanessa Cavalcanti (2020) sobre a violência na fase de envelhecimento através de dados colhidos pelo Disque 100 (Disque Direitos Humanos). Em 2019, constatando-se 21.749 mil denúncias de abusos contra pessoas acima de 60 anos em todo Brasil.

Destacando-se três tipos de violências em maior número de denúncias: a negligência com 17.239, representando 79,26%; em todo país, seguido da violência psicológica com 10.527, perfazendo 48,40%; do abuso financeiro, econômico, violência patrimonial, com 8.603, representando 39,57%.

Com sede em Brasília, o Disque 100 é uma política pública que abrange todo o país, com as ocorrências, que também podem ser anônimas, direcionadas a órgãos públicos ligados ao Poder Executivo para as devidas providências, podendo ser a Delegacia Especializada do Idoso, o Ministério Público, CRAS, CREAS, ou órgãos que estejam disponíveis na região da ocorrência.

“A temática violência aparece no II Plano Internacional na Orientação prioritária III: criação de ambiente propício e favorável, especificamente no tema 3, ao abordar sobre o abandono, os maus-tratos e a violência, encerrando em dois objetivos: no primeiro, aparece a eliminação de todas as formas de abandono, abuso e violência contra idosos; e no segundo, a criação de serviços de apoio

---

as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

para atender aos casos de abuso e maus tratos a idosos. O item 107 do referido Plano, repete a classificação da violência tipificada pela OMS, “O abandono, os maus-tratos e a violência contra idosos podem adotar muitas formas – físicas, psicológicas, emocionais, financeiras – e se produzem em todas as esferas sociais, econômicas, étnicas e geográficas”, considerando os ambientes nos quais pode ocorrer a violência, todavia não se verifica o locus familiar, cujas estatísticas demonstram que, tanto no Brasil, quanto em Portugal, é a esfera onde ocorre o maior número de violência(s).”(CAVALCANTI, 2020, p.87).

A violência silenciosa e invisível dentro do “lar” onde as vítimas se calam por amar e perdoar o agressor e por se sentir culpada e responsável pela formação daquele ser humano. Denúncias que não são realizadas ou realizadas de forma tardia, levam a uma subnotificação. Sendo identificado através de pesquisa o perfil da vítima idosa e do agressor verificou-se que nos 156 boletins de ocorrência no Brasil, para o ano de 2013, constam;

“informações que foram transformadas em questionários com perguntas fechadas e transformadas em gráfico e histórias. Os profissionais do departamento responsável foram entrevistados e relataram que as pessoas idosas sofrem mais violências no ambiente familiar, porque têm uma relação mais próxima e onde ficam mais tempo. Todavia, há casos de violência financeira, institucional, estrutural e outras praticadas por pessoas desconhecidas. A violência contra pessoas idosas tem gênero, cuja vítima é feminino e o agressor, masculino. Tem definida a relação entre agressor e vítima, o cônjuge ou o filho. E a natureza da agressão, geralmente psicológica, física e financeira” (CAVALCANTI, 2020, p.99).

Conforme os dados do governo federal (Agência Brasil, 2020) colhidos no Disque 100 de 2019 do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos humanos, a negligência, violência psicológica e abuso financeiro e econômico estão entre os tipos de violência mais praticados contra as pessoas idosas. Com a pandemia do novo coronavírus, a denúncia de violações contra essa parcela da população tem aumentado. No começo de março com três mil denúncias, em abril esse índice passou para oito mil e, em maio, foi para quase dezessete mil. Sendo uma possível consequência do isolamento social, e o aumento do convívio maior desses idosos com os familiares que antes saíam o dia todo para trabalhar e agora estão em casa.

A violência contra a pessoa idosa é praticada por alguém da família como filhos, netos, genros ou noras e sobrinhos. Esses parentes aparecem em 83% dos casos. A mulher, de cor branca, com idade entre 76 e 80 anos e ensino fundamental incompleto é colocada como a principal vítima de violência, ou seja, aquelas que têm conhecimento dos seus direitos, de como denunciar e onde. O número deve ser bem maior, visto que a



maioria não quer denunciar para não prejudicar o/a filho/a. A violação contra pessoas idosas concentra o maior volume na negligência, com 38 mil registros, quase 80% do total, seguida de violência psicológica (24%), abuso financeiro (20%), violência física (12%) e violência institucional (2%).

A valorização da vitalidade física em detrimento ao valor agregado da experiência predomina na sociedade contemporânea sendo absorvido pelos próprios idosos, desvalorizando-os e justificando os maus tratos. Correr atrás da “vida saudável”/“vida ativa” é o que se preconiza como caminho para uma longevidade com qualidade de vida, mas mesmo que queiram, essa realidade só existe para uma parte das pessoas idosas, as mais privilegiadas que dispõem de condições financeiras para tal, mesmo sendo diretrizes definidas em políticas públicas como a PNPI.

Com referência a Isabel Dias (2005, p.253);“Tais discursos otimistas dirigem-se agora aos "menos jovens", encarados "como potenciais segmentos específicos de consumos". O aumento da população idosa e da sua longevidade desperta no mercado um olhar aguçado no consumo desses, especificamente as instituições financeiras frente às aposentadorias. Em conformidade a esse mercado foi editada em outubro de 2020, a Medida Provisória (MP) 1.006/2020 e aprovada, no dia 10 de março 2021, estendendo o prazo de validade do novo limite, que acabaria em dezembro de 2020, para 31 de dezembro de 2021, ampliando a margem de empréstimo consignado a aposentados e pensionistas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para 40% do valor do benefício, dos quais 5% devem ser destinados para saque ou pagamento da fatura do cartão de crédito (Agência Câmara de Notícias, 2020). Fomentando o aumento da captação de uma grande fatia dos proventos das pessoas idosas pelas agências financeiras como forma de suprir o consumo, o mercado na crise pandêmica, aumentando a violência financeira intra e extra familiar .

A violência contra a pessoa idosa, como tem sido observado, ocorre de diversas formas e em diversas esferas desde a violência física, maus-tratos dentro e fora do convívio familiar, chegando até a violência social resultante de políticas econômicas e sociais que vão interferir no nível de desigualdade social podendo levar à vulnerabilidade social da pessoa idosa.

A espera por vagas em hospitais por dias, semanas e até meses, pelas pessoas idosas que estão nas UPAs aguardando internação, pode levar ao agravamento do quadro e à óbito se configurando como uma violência por parte do Estado às pessoas idosas, estabelecido no Estatuto do idoso :

Art. 97: Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Art. 98. Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa.

Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados.

Pena – detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1o Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 2o Se resulta a morte:

Pena – reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

Art. 100. Constitui crime punível com reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa:

I – obstar o acesso de alguém a qualquer cargo público por motivo de idade;

II – negar a alguém, por motivo de idade, emprego ou trabalho;

III – recusar, retardar ou dificultar atendimento ou deixar de prestar assistência à saúde, sem justa causa, a pessoa idosa;

IV – deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida na ação civil a que alude esta Lei;

V – recusar, retardar ou omitir dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil objeto desta Lei, quando requisitados pelo Ministério Público.

Art. 101. Deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida nas ações em que for parte ou interveniente o idoso:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 102. Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa.

Art. 103. Negar o acolhimento ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em outorgar procuração à entidade de atendimento:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 104. Reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso, bem como qualquer outro documento com objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa.

Art. 105. Exibir ou veicular, por qualquer meio de comunicação, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas à pessoa do idoso:

Pena – detenção de 1 (um) a 3 (três) anos e multa.

Art. 106. Induzir pessoa idosa sem discernimento de seus atos a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

Art. 107. Coagir, de qualquer modo, o idoso a doar, contratar, testar ou outorgar procuração:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

Art. 108. Lavrar ato notarial que envolva pessoa idosa sem discernimento de seus atos, sem a devida representação legal:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos. (BRASIL, 2003, p.1)

Uma violência explícita e silenciada nas Câmaras dos Deputados e no Senado por vários interesses, não sendo discutida essa situação só mencionada nas mídias sociais quando os familiares solicitam ajuda para conseguir uma vaga hospitalar para seu pai, mãe, avô, avó que estão esperando nas UPAs pela transferência há dias, semanas, meses.

No âmbito do marco legal, o Estatuto do Idoso inseriu em 2011, no seu artigo 19, parágrafo 1º, a definição de violência contra a pessoa idosa: “Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticado em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico.”(BRASIL, 2003, p.1).

#### **4. Observando e coletando vivências: Acessibilidade à saúde de pessoas idosas na UPA**

“Desde o começo da pandemia eu não a levo no posto, ela estava direitinha, não tinha nada, só não queria tomar os remédios, fazia sua comida sozinha. As vezes sabia pelos vizinhos que ela comprava acarajé escondido na vizinha. Todos nós moramos pertinho dela, qualquer coisa nos chamam, mas eu que cuido, levo para médico”. (Doralice Alves dos Santos, 2003).

Esta é a fala de um familiar da paciente idosa de 72 anos, 5 filhos, aposentada, mora com um filho desempregado. Estava na observação aguardando regulação há 15 dias para internamento clínico devido à crise de hipertensão evoluindo para AVC e o descontrole da diabetes durante a pandemia do coronavírus em 2021. Ficou na observação feminina na UPA, aguardando transferência para unidade hospitalar de 18/06/2021 até 9/07/2021 transferida para o Hospital Geral Ernesto Simões Filho.

O relato foi destacado por representar mais claramente a realidade de um grande número de pessoas idosas que frequentemente estão na unidade para atendimento em crise hipertensão ou diabetes descontrolada, tem alta ou ficam na observação aguardando transferência para internamento hospitalar durante dias, semanas.

A maioria das famílias em torno desta região, moram em casas onde colocam uma laje e fazem outra em cima para os filhos quando crescem e se casam permanecendo no mesmo local ou casas coladas onde moram famílias extensas. A pessoa idosa com comorbidades HAS, DM são acompanhadas nos postos de saúde sendo atendidos pelos médicos e pegando as medicações, no entanto não é fácil conseguir a marcação dessas consultas e quando são solicitados exames e consultas com especialistas a situação é pior.

Se a família tiver discernimento, ou tiver sido orientada pelas equipes de saúde quanto à importância do acompanhamento especializado, e puderem pagar uma consulta particular, o idoso poderá ser assistido. Entretanto, com a pandemia do coronavírus, as famílias e as pessoas idosas, com medo de ser contaminadas, ficaram em casa obedecendo o protocolo do “Fique em casa”, sem qualquer acompanhamento, o que levou ao esvaziamento das UPAS pelas pessoas idosas com comorbidades e um total descaso para com esta população.

Conforme relato de um dos médicos da equipe de saúde da UPA, registrado no questionário de pesquisa, que no pico da pandemia do coronavírus ele participou da equipe do Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Relata que chamou atenção a quantidade de emissões de declarações de óbito aos pacientes que vieram a óbito em ambiente doméstico-familiar, sendo realizada no pico da pandemia uma média de dez declarações de óbitos diários relativos às pessoas idosas. Um dos motivos que assinala é a falta de acompanhamento médico adequado, de acordo com o registrado na figura abaixo.

Figura 5 – Modelagem da entrevista (realizada em 2021).

TÍTULO DO PROJETO: PESSOAS IDOSAS, REDES FAMILIARES E PROTEÇÃO SOCIAL:  
ESTUDO DE CASO EM UMA UPA DE SALVADOR-BA

RESPONSÁVEL: SEMIRAMES BARROS ARAGAO PEMENTEL

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Para criação de códigos (garantindo anonimato e sigilo), utilizaremos P para profissionais de saúde; letra F ou M para gênero, seguido de números a ordem de entrevista (aleatória e somente indicada pela responsável).

- 1- Profissão ; Médico(a) (  ) Enfermeiro (a) ( ) Assistente Social ( )
- 2- Em sua vivência profissional as pessoas idosas que são atendidas na UPA com doenças crônicas têm tido um acompanhamento médico contínuo para essas patologias? Sim ( ) Não (  )
- 3- Na sua opinião se houvesse o acompanhamento contínuo a maioria dos casos acima citados poderiam ser minimizadas sem precisar de internamento? SIM (  ) NÃO ( )
- 4- Baseando-se nos atendimentos realizados na UPA às pessoas idosas, os pacientes e ou familiares referem ter facilidade em prosseguir o tratamento ambulatorial com especialistas pelo SUS? SIM ( ) NÃO (  )
- 5- Conforme a classificação de risco , na sua opinião a maioria das pessoas idosas atendidas na UPA tem o perfil de :  
- Acompanhamento Ambulatorial (  ) Urgência -Emergência ( )
- 6- Durante a pandemia, a quantidade de pessoas idosas com doenças crônicas admitidas na UPA aguardando transferência permaneceu a mesma? SIM ( ) Não (  )
- 7- Se não, Diminuiu (  ) Aumentou ( )
- 8- Se mudou, na sua opinião qual a causa?

*Devido a Pandemia, foi evidente a diminuição dos internamentos de idosos por doenças crônicas (HAS, DM, vasculopatia, hipertensão), muitos desses pacientes permaneceram em seus domicílios, sem acompanhamento médico regular e uso dos medicamentos contínuos, desta forma, chegando a UPA, com quadros clínicos agravados em muitas vezes evoluindo em óbito no domicílio. Exemplo real disso é que atualmente, diga desde a pandemia o número de óbitos por morte natural (doenças crônicas) em idosos, no domicílio aumentou significativamente chegando a uma média de 10 óbitos/dia no pico da pandemia tendo uma equipe disponibilizada pelo SAMU para constatação de óbito e emissão da Declaração de Óbito.*

OBS: Esse instrumento está destinado à aplicação junto à equipe de saúde, regulamentada entre os anos de 2020 e 2021, tendo como objetivo a análise das opções de acesso de pessoas idosas para acompanhamento adequado das morbidades crônicas nas UBS, ESF e ou especialidades do SUS.


Fonte: Elaboração da autora, mês de 2021.


#### 4.1. UPA Hélio Machado (tabelas de atendimento, histórico, fluxos, multidisciplinar)


O acesso ao atendimento na UPA começa na recepção o usuário faz a ficha com seus dados pessoais e aguarda por ordem de chegada o atendimento na classificação de risco. Conforme a (Portaria MS/GM nº 2.048/2002) na UPA o tempo de espera será definido por um profissional de nível superior enfermeiros(as) que, utilizando protocolos técnicos para avaliação dos sinais vitais, identificará nas fichas de atendimento a cor que corresponde ao risco de morte, conforme o protocolo, justificando o tempo de espera definido para cada um. Vermelho (emergência), Amarelo (Urgência), Verde (pouco urgente) e Azul (não urgente).


O tempo de espera para ser atendido pelo médico será conforme a cor identificada no prontuário. Não importa a idade, o usuário vai ficar esperando como todos os que estão presentes, seguindo o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde que através da Portaria MS/GM nº 1.600/2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS.

Conforme a (Portaria MS/GM nº 2.048/2002) a classificação de risco deve definir o tempo de espera para atendimento medico e não por ordem de chegada. O Protocolo da Classificação de Risco é composto por quatro cores definindo o tempo de espera para os usuários;

 \*Encaminhar diretamente para a Sala Vermelha/Reanimação e acionar equipe médica. \*A classificação é realizada posteriormente, com a finalidade de gerar o prontuário médico \*Situações de risco de morte iminente Hospitais Estratégicos/ Hospital de Referência Macrorregional/ Microrregional/ Sala de Estabilização/ Maternidade Terciária.

 \*Encaminhar para a avaliação médica no consultório até 30 minutos. \*Elevado risco de morte. Ponto Ideal na Rede: Hospitais Estratégicos/ Hospital de Referência Macrorregional/ Microrregional/Hospital Complementar/Sala de Estabilização/Maternidade Secundária.

 \*Encaminhar para a avaliação médica no consultório até 60 min. \*Sem risco de morte. Ponto Ideal na Rede: HPP/ UPA/ PA/ CAPS/ CPN/ UBS/ ESF com sala de observação.

 \*Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas. \*Não caracteriza urgência. \*Sem risco de morte. \*O paciente deverá, em algumas situações, ser encaminhado para unidade de referência, portando impresso específico, assinado pelo profissional que realizou o acolhimento, garantindo atendimento e continuidade da assistência. Ponto Ideal na Rede: Domicilio/ UBS/ ESF/ CAPS/ HPP.

Diante do que foi exposto, nesta portaria verificamos que as pessoas idosas com a classificação azul ou verde não tem prioridade no atendimento, sendo desrespeitado o estatuto do idoso. Podem ficar durante horas aguardando atendimento, se expondo a várias doenças contagiosas, sendo atendidos de forma igualitária aos demais azuis e verdes. Definidos em protocolos, portarias governamentais vem mais uma vez realizar o descaso com a saúde das pessoas idosas.

A UPA Hélio Machado possui uma estrutura de 1.200 m<sup>2</sup>, funciona em esquema 24 horas durante todos os dias da semana, com oferecimento de serviços de urgência e emergência para os moradores do bairro e adjacências. Se tratando de UPA tipo III, a unidade possui dezenove leitos distribuídos em três leitos de reanimação, 12 leitos clínicos de observação; 6 femininos e 6 masculinos, já incluídos os de isolamento e cinco pediátricos com um de isolamento. Conta ainda com duas salas de inaloterapia adulto e pediátrico, duas salas de administração de medicamentos adulto e pediátrico, além de salas de RX, ECG, sala de pequenos procedimentos, farmácia satélite, laboratório e almoxarifado. Na estrutura, constam ainda consultórios destinados às consultas com clínico geral, ortopedia, pediátrico e sala de sutura com cirurgião para situações específicas.

#### **4.2. Abordagem metodológica: Descritores e sujeitos (inclusão e exclusão)**

Como integrante da equipe de saúde da UPA durante os atendimentos e observações realizadas nos plantões de 24 horas, ouvindo e vivenciando as situações dos pacientes e familiares, especialmente durante os anos de 2019 a 2021, já com o olhar direcionado ao objeto da pesquisa. Nesta pesquisa, o pesquisador teve o envolvimento direto com todos que compõem a investigação, como profissional que diariamente vivencia as angústias e sofrimentos junto aos pacientes idosos e seus familiares nas observações durante dias, semanas, ou meses, aguardando uma vaga para transferência hospitalar através da regulação do Estado.

A partir de maio de 2021, com a autorização do comitê de ética, começamos a análise documental. Realizada através dos relatórios mensais que eram enviados à Secretaria de Saúde configuram *corpus* documental básico, com o montante de atendimentos realizados na UPA. Como não existe nenhum registro sobre a quantidade de atendimentos as pessoas idosas atendidas, a única forma de conseguir informações

foi a organização do acervo a partir da busca manual, diretamente nos prontuários e fichas de atendimento. Isso sinalizou algo que deve ser recomendado como ponto de informações, visto que os atendimentos nesta unidade não são informatizados como nas UPAS terceirizadas.

Entretantes, a partir do narrado acima, poderíamos ter uma média da quantidade de pessoas idosas atendidas, faixa etária, as principais queixas e patologias relacionadas, bem como a classificação de risco com o registro do grau de risco de cada paciente atendido, informações necessárias para análise e interpretação dos dados coletados nos atendimentos das pessoas idosas.

Tendo como recorte temporal da pesquisa junho de 2019 a junho de 2021, antes e durante da pandemia do coronavírus, através do acesso aos relatórios mensais entregues à Secretaria de Saúde do Município de Salvador foi identificada um montante de atendimentos que estaria em torno de 86 a 82 mil atendimentos ao ano. Sendo definido para a pesquisa retirar uma amostragem de 3% e dividindo os prontuários entre os meses a serem estudados para compilação dos dados.

Durante o ano de 2019 o total de atendimentos foi 86.423 ficando um montante de 52.090 entre os meses de junho a dezembro com amostra de 1.562 prontuários entre os meses de junho a dezembro tendo assim 260 prontuários para compilação mensal. No ano de 2020, o montante de atendimentos foi de 82.104, com amostra de 2.463, ficando 205 prontuários para serem compilados entre os doze meses do ano. Em 2021, o montante de atendimentos foi de 24.123, de janeiro a junho. Com amostra de 723 prontuários para serem divididos pelos seis meses, ficando 120 prontuários a serem compilados por mês.

Através do acesso aos prontuários tivemos a possibilidade de ter uma média de atendimentos realizados às pessoas idosas mensalmente separando por faixa etária, doenças crônicas (HAS, DM, ICC) e outras (acidente, queda, crise de ansiedade etc.). Além do grau das gravidades através da classificação de risco com as cores registradas nos prontuários para identificar os atendimentos que poderiam ser realizados a nível ambulatorial, sendo demonstrado como exemplo essas duas fichas de atendimento:



Secretaria da Saúde SALVADOR Prefeitura Municipal de Salvador

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 14.07.2020 HORA: 07:49 N° DE REGISTRO: 33218

NOME: *Maria do Socorro de Jesus*

MÃE: *Maria do Socorro de Jesus*

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

NASC: 02.11.64 IDADE: 65 SEXO: F ( ) M ( ) RAC/AUTOR: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE: *Cart. Jus* CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: *R. 22 - Tv. 07 de Setembro 05 - Tel: 98655-7542 - Itagêra*

ATENDIMENTO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificação de Risco: *2.55*

HORA ATENDIMENTO CLASSIFICAÇÃO: *02.55*

HORA ATENDIMENTO MÉDICO: \_\_\_\_\_

ESTRADA DA SALA DE MEDICAÇÃO: \_\_\_\_\_

Especialidade: ( ) Clínica Médica ( ) Ortopedia ( ) Odontologia ( ) Pediatria ( ) Cirurgia

Deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Físico

ATENDIMENTO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

TRAUMA:	ESTADO GERAL:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:
( ) Acidente de Trânsito	( ) Hidratado	( ) Alvo
( ) Acidente de Trabalho	( ) Desidratado 2+	( ) Hipotivo
( ) PAF	( ) Acidótico	( ) Lúcido
( ) PAF	( ) Cianótico 2+	( ) Orientado
( ) Violência	( ) Hipocorádeo	( ) Reativo
( ) Outros	( ) Amefrético	( ) Sedado
	( ) Estático	( ) Sonolento
		( ) Vigil
		( ) Não avaliado

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS: PA: *128 x 73* mmHg FC: *60* bat/mín T: *37*°C FR: *16* rpm SPO2: \_\_\_\_\_

HGT: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: *Trauma em face lateral do HTE há 11 dias com queixa de dor local*

Alergias: *Aspirina, Tylenol*

Patologias: *HAS*

Medicação: \_\_\_\_\_

FIGURA 6 – Modelo de Ficha de atendimento

Paciente com 60 anos, com pressão arterial de 18x7, com trauma em face há 11 dias. Em julho de 2020, em plena pandemia ficou sem atendimento médico, em casa e com crise de HAS. só procurou a atendimento de emergência por causa do trauma em face que foi há 11 dias aguardando melhorar. Que necessitaria ser acionado o serviço social para anamnese devido ao trauma e o risco de violência para com a pessoa idosa.

Um caso claro de que as pessoas idosas com doenças crônicas ficaram em casa sem atendimento ambulatorial e evoluindo para gravidade do caso.

Secretaria da Saúde SALVADOR Prefeitura Municipal de Salvador

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 28.01.22 HORA: 11:29 N° DE REGISTRO: 7499

NOME: *Roberta Santos Gonçalves*

MÃE: *Mãe de João das Neves*

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

NASC: 10.09.58 IDADE: 63 SEXO: F ( ) M ( ) RAC/AUTOR: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE: *02265142-02* CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: *Brasília 95 N/1* TEL: *98437094*

ATENDIMENTO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificação de Risco: \_\_\_\_\_

HORA ATENDIMENTO CLASSIFICAÇÃO: *1.31*

HORA ATENDIMENTO MÉDICO: \_\_\_\_\_

ESTRADA DA SALA DE MEDICAÇÃO: \_\_\_\_\_

Especialidade: *Clínica Médica* ( ) Clínica Médica ( ) Ortopedia ( ) Odontologia ( ) Pediatria ( ) Cirurgia

Deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Físico

ATENDIMENTO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

TRAUMA:	ESTADO GERAL:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:
( ) Acidente de Trânsito	( ) Hidratado	( ) Alvo
( ) Acidente de Trabalho	( ) Desidratado 2+	( ) Hipotivo
( ) PAF	( ) Acidótico	( ) Lúcido
( ) PAF	( ) Cianótico 2+	( ) Orientado
( ) Violência	( ) Hipocorádeo	( ) Reativo
( ) Outros	( ) Amefrético	( ) Sedado
	( ) Estático	( ) Sonolento
		( ) Vigil
		( ) Não avaliado

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS: PA: *128 x 73* mmHg FC: *90* bat/mín T: \_\_\_\_\_°C FR: *16* rpm SPO2: *99*

HGT: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: *Edema em MMII, associado algia em MMII há +- 2 meses*

Alergias: *Brasil*

Patologias: *H*

Medicação: *20 de Azeite + Simvastatina*

Figura 7 – Ficha de Atendimento

Paciente com 63 anos, crise de hipertensa de 19x9 com queixa de edema em MMII há +- 2 meses.

Atendido na UPA em janeiro de 2020, data que oficialmente no Brasil não tinha pandemia. Um caso típico da falta de acompanhamento ambulatorial para HAS que evoluiu com agravamento o levando ao atendimento na UPA.

Fonte: Imagens recuperadas da pesquisa empírica, realizada entre maio e julho de 2021.

Em 2019, foram realizados 86.423 atendimentos sendo retirado como amostra 3% de 52.090 prontuários dos atendimentos entre junho a dezembro e divididos entre os seis meses, ficando para compilação 260 prontuários ao mês, sendo 536 prontuários de pessoas idosas de 60 anos ou mais, sendo separados para análise de pesquisa e compilação dos dados.

TABELA 2 – Dados relativos à faixa etária acima de 60 anos (2019)

Meses	60-74	75-89	90+	Total
Julho	44	20	7	71
Agosto	40	28	6	77
Setembro	47	30	3	80
Outubro	52	29	3	84
Novembro	49	28	4	81
Dezembro	49	25	5	76
Total				469

TABELA 3 – Números relativos à classificação de risco (2019)

Meses	AZUL	VERDE	AMAREL O	VERMELH O
Julho	13	48	9	4
Agosto	14	49	14	1
Setembro	12	53	12	3
Outubro	11	55	10	4
Novembro	10	54	13	4
Dezembro	13	52	10	1
Total	<b>73</b>	<b>311</b>	<b>68</b>	<b>17</b>

Conforme a classificação do risco de morte, verificamos que temos uma expressiva quantidade de atendimentos azul e verde, azul \*Não caracteriza urgência. \*Sem risco de morte e verde sem risco de morte. Podendo aguardar atendimento por ordem de chegada ou até uma hora.

Tabela 4 - Patologias no atendimento de pessoas idosas (2019)

Meses	HAS	DM	ITR	ITU	ICC	AVC	OUTRAS
Julho	20	18	5	9	6	4	9
Agosto	23	18	7	7	5	3	13
Setembro	27	19	5	8	5	4	12
Outubro	30	20	5	7	4	4	10
Novembro	28	23	4	8	4	5	9
Dezembro	26	24	3	6	3	4	10

É expressiva a maioria dos atendimentos por hipertensão (HAS) e diabetes (DM) descontrolada como é verificado através da vivência diária na unidade. Sendo importante também chamar a atenção para a quantidade de Infecção do Trato Urinário (ITU), comum em pessoas idosas e o grande risco de evoluir para sepse caso não seja logo tratado.

As outras patologias são por causas variáveis como; Dores cervicais, articulares, abdominal, crise de ansiedade, nervosismo, depressão, queda da própria altura, queda em banheiro, ferimentos infectados diversos, úlcera varicela em membros inferiores, escabiose, ardência ocular, sangramento anal, conforme verificado nas avaliações médica em prontuários.

Em 2020, pleno período de crise sanitária, registrou-se um total de 82.104 atendimentos. Para efeitos dessa investigação, na amostragem de 3%, extraiu-se o expoente de 2.463, gerando, para média mensal, um universo de 368 pessoas idosas atendidas.

TABELA 5 – Dados relativos à faixa etária acima de 60 anos (2020)

Meses	60-74	75-89	90+	Total
Janeiro	46	20	4	70
Fevereiro	44	15	3	62
Março	49	10	3	62
Abril	44	10	3	58
Mai	22	7	2	31
Junho	20	5	1	26
Julho	14	4	0	20
Agosto	9	2	0	11
Setembro	8	1	0	9
Outubro	7	1	0	8
Novembro	6	0	0	4
Dezembro	8	0	0	4
Total	292	74	2	368

Observamos, a partir dessa amostragem e da elaboração de instrumentos visuais, que a quantidade de pessoas atendidas decresce a partir do segundo semestre, inclusive, notadamente, as faixas etárias que compreendem esse estudo (pessoas mais idosas).

Tabela 6 - Classificação de Risco (2020)

Meses	AZUL	VER DE	AMARE LO	VERMELHO	Total
Jan	3	23	11	1	38
Fev	4	22	10	2	28
Mar	4	19	11	2	36
Abril	5	16	13	0	34
Maio	2	13	11	2	28
Junho	1	18	10	1	30
Julho	3	19	12	1	35
Agosto	0	12	9	0	21
Setembro	0	14	9	0	23
Outubro	0	20	10	1	31
Novembro	0	15	13	3	31
dezembro	0	13	10	1	24
Total =	23	203	129	13	368

Nesta tabela podemos observar como a quantidade de atendimentos azul no 2º semestre quase que sumiu. Atendimentos que seriam para atendimento em UBS ou ESF. Sabemos que as UBS na pandemia também não funcionaram normalmente. E aonde as pessoas idosas eram atendidas?

TABELA 7 - Patologias no atendimento de pessoas idosas 2020

Meses	HAS	DM	ITR	ITU	ICC	AVC	OUTRAS
Jan	12	11	3	4	2	1	7
Fev	13	10	2	5	3	0	5
Mar	13	11	4	6	2	1	7
Abril	10	9	4	4	3	1	7
Maio	9	9	5	3	0	0	5
Junho	8	7	7	2	0	1	6
Julho	7	6	8	0	0	0	7
Agosto	5	5	8	1	0	1	6
Setem	4	5	7	0	0	0	5
Outub	3	4	9	1	2	0	6
Novem	3	4	8	0	0	0	5
Dezem	4	5	7	2	0	1	4
Total	91	86	72	28	12	6	70

A quantidade de Hipertensão e diabetes continuou sempre a maior, diminuindo no 2º semestre como todas as outras patologias só aumentando as Infecções do Trato Respiratório (ITR), mesmo assim muito poucas.

Em 2021, no primeiro semestre, tivemos o valor total de atendimentos de 24.123, sendo retirado como amostra 3%, ficando 723 prontuários a serem compilados, divididos entre os seis meses, a quantia de 120 prontuários mês.

Tabela 8 - Atendimentos por faixa etária a partir de 60 anos no 1º semestre 2021

Meses	60-74	75-89	90+	Total
Jan	18	2	0	20
Fev	19	2	0	21
Marco	19	3	0	22
Abril	21	4	0	25
Mai	27	3	0	30
Junho	28	4	0	31
Total				149

No primeiro semestre de 2021 verificamos que a quantidade de atendimentos foi aumentando conforme a vacinação da população idosa para covid 19 foi aumentando.

Tabela 9 - Classificação de risco 1º semestre 2021

Meses	AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO
Jan	0	14	11	1
Fev	0	16	12	0
Mar	1	12	10	1
Abril	0	10	9	2
Mai	0	12	13	0
Junho	0	14	11	0
Total	1	78	66	4

Nesta tabela podemos verificar que a população de pessoas idosas com classificação azul diminuiu de forma acentuada, continuando a verde sempre mais alta. Amarelo se manteve estável e o vermelho também diminuiu.

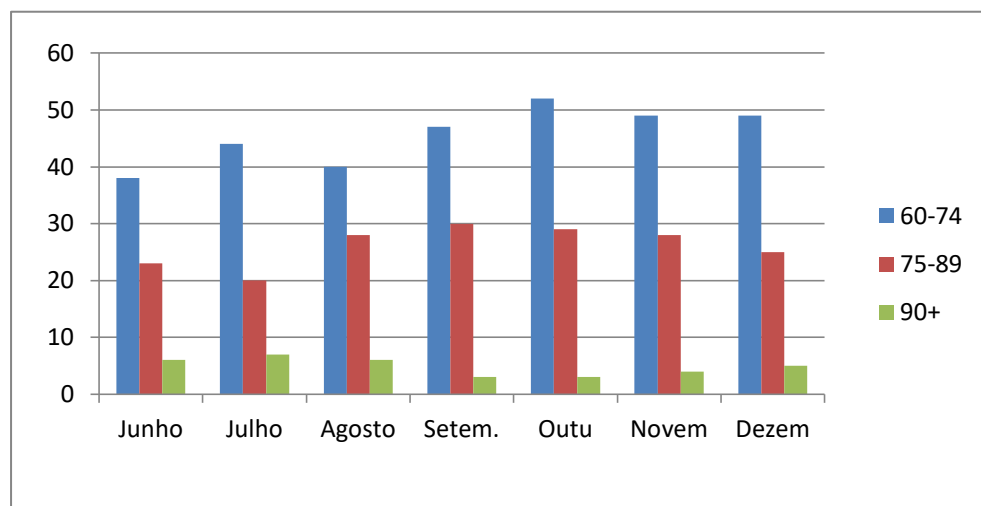
Tabela 10 - Patologias no atendimento de pessoas idosas no 1º semestre 2021

Meses	Has	DM	ITR	ITU	ICC	AVC	OUTRAS
Jan	5	4	5	0	0	0	4
Fev	4	5	6	0	0	0	6
Mar	5	4	5	0	0	0	5
Abril	7	4	4	1	0	0	5
Maio	11	10	6	2	0	0	6
Junho	12	11	5	1	0	0	7
Total	43	38	31	4	0	0	33

Observamos que os atendimentos por causa da HAS E DM foram aumentando progressivamente conforme as pessoas idosas começavam a tomar a segunda dose da vacina e tinham coragem de ir a UPA para serem atendidas e “acompanhadas”. Os casos de ITU, ICC e AVC também sumiram, será que nenhuma pessoa idosa teve esses problemas por causa da pandemia? Ou os sintomas ficaram invisíveis pelo “fique em casa”? Levando ao agravamento dos casos e evoluindo a óbito em casa? As outras causas; quedas, edemas, crise de ansiedade entre outras continuaram sempre, porque não tem como deixar de procurar a emergência nesses casos, por serem muito visíveis as consequências.

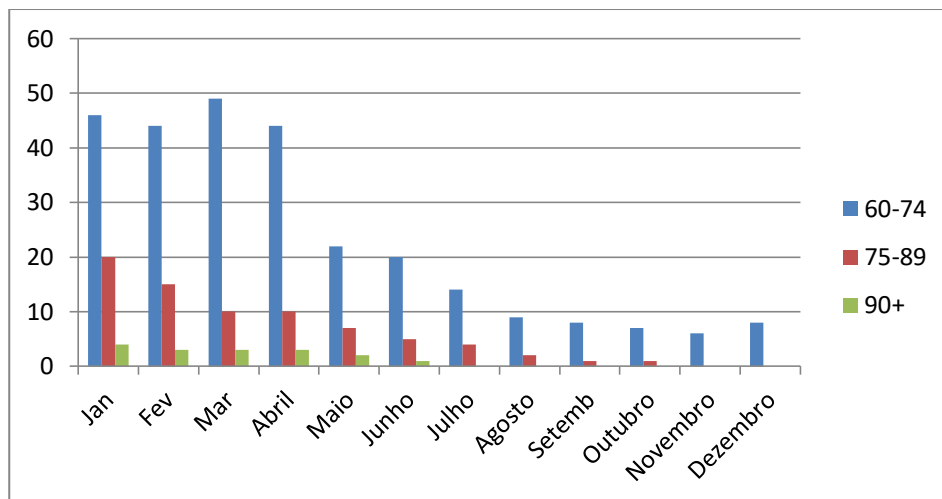
## GRAFICOS PARA COMPARAÇÃO ENTRE OS ANOS DE 2019 A 2021

Gráfico 1 – Atendimentos por faixa etária de 2019



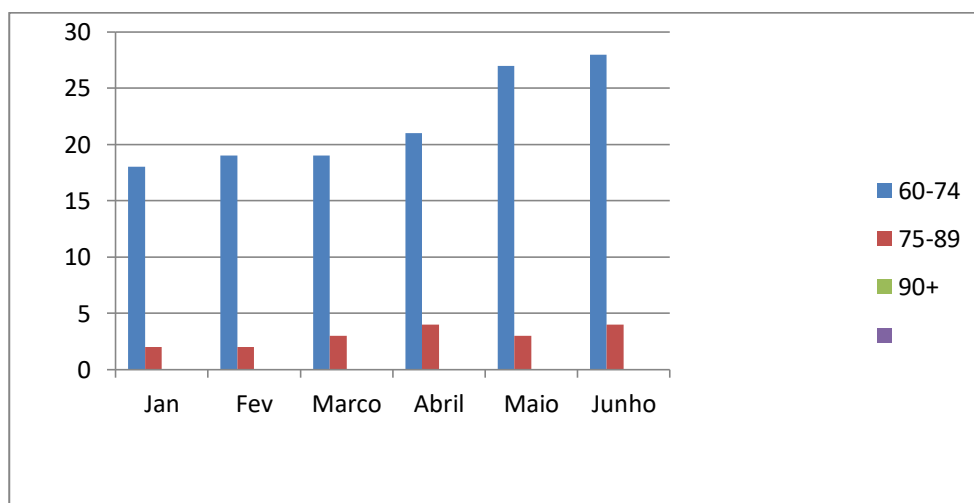
Verificamos claramente em 2019 a população de 90+ sendo atendida e em 2020 a diminuição gradativa dos atendimentos da população com 90+.

GRAFICO 2- Atendimentos por faixa etária em 2020



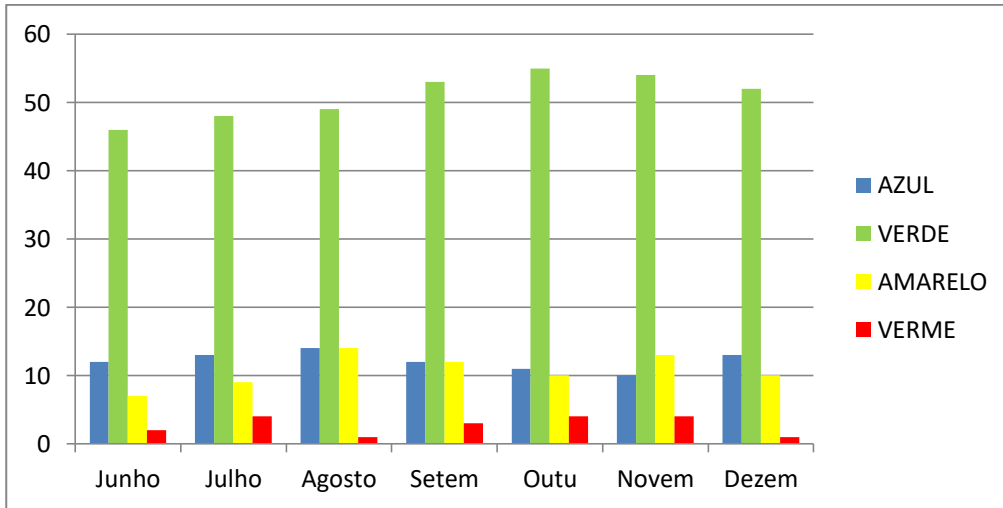
Em 2020, constatamos que a partir de maio começa a diminuir os atendimentos e principalmente aqueles com 90+ que a partir de julho não tem nenhum registro. No primeiro semestre, observamos que não houve nenhum atendimento a pessoas idosas com 90+. Mantendo o maior número entre 60-74.

Gráfico 3 – Atendimentos por faixa etária em 2021



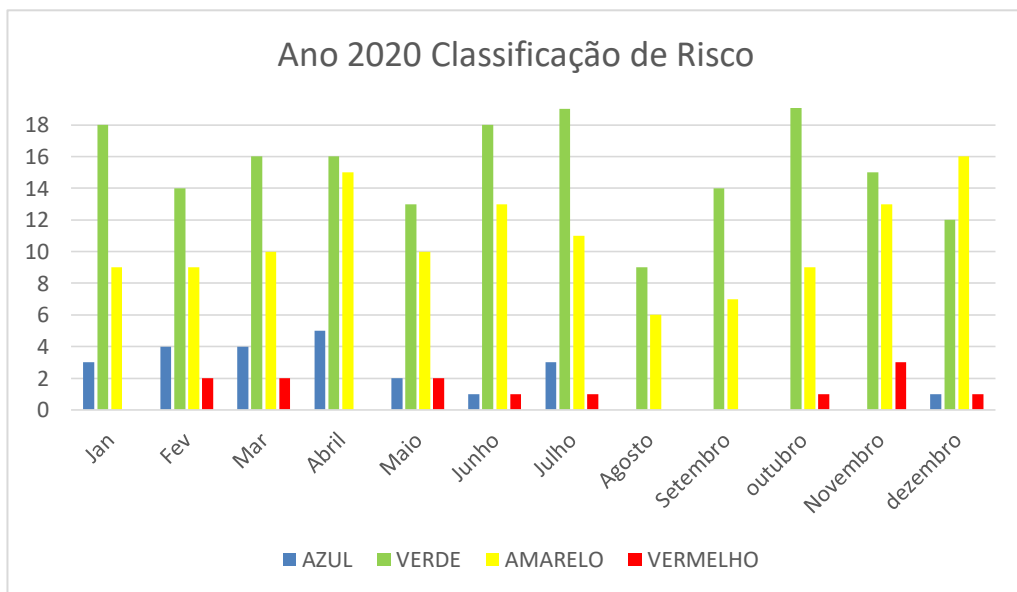
Em 2021, continuou não existindo registro de atendimento em pessoas idosas de 90+.

GRAFICO 4 - Classificação de risco 2019



Observa-se uma quantidade expressiva durante todos os seis meses, antes da pandemia, em 2019 de pessoas idosas atendidas na UPA com o grau de risco azul, verde e amarelo. O verde sempre predominando, casos que não se configura risco de morte. O vermelho com alto risco de morte muito pouco.

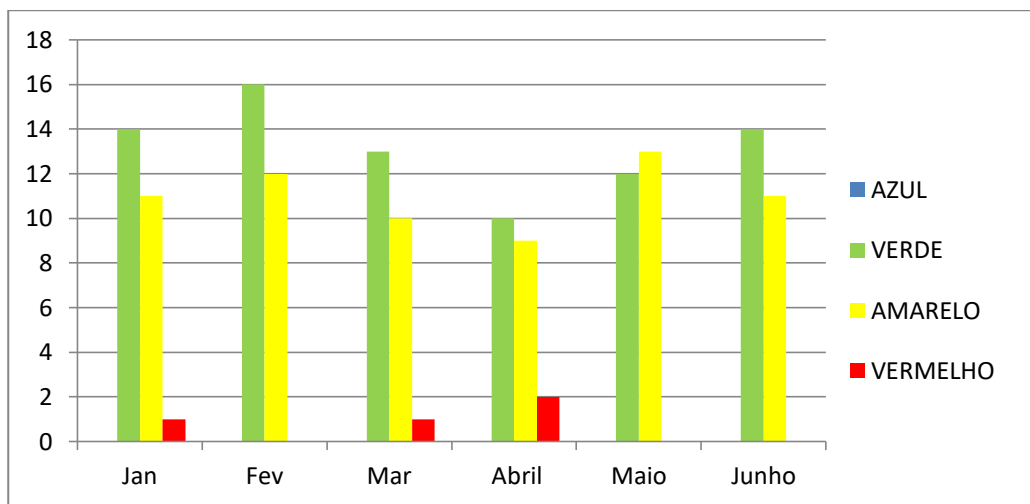
GRAFICO 5- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 2020





Em 2020 observamos os atendimentos as pessoas idosas com classificação azul permanecem até junho, desaparecendo e aparecendo discretamente em dezembro. As pessoas idosas que já não tinham acompanhamento nas UBS e procuravam as UPAs para “acompanhamento”, ficaram em casa sem atendimento médico necessário, evoluindo para agravamento das doenças crônicas. Permanecendo o verde alto e o amarelo com risco de morte aumentando.

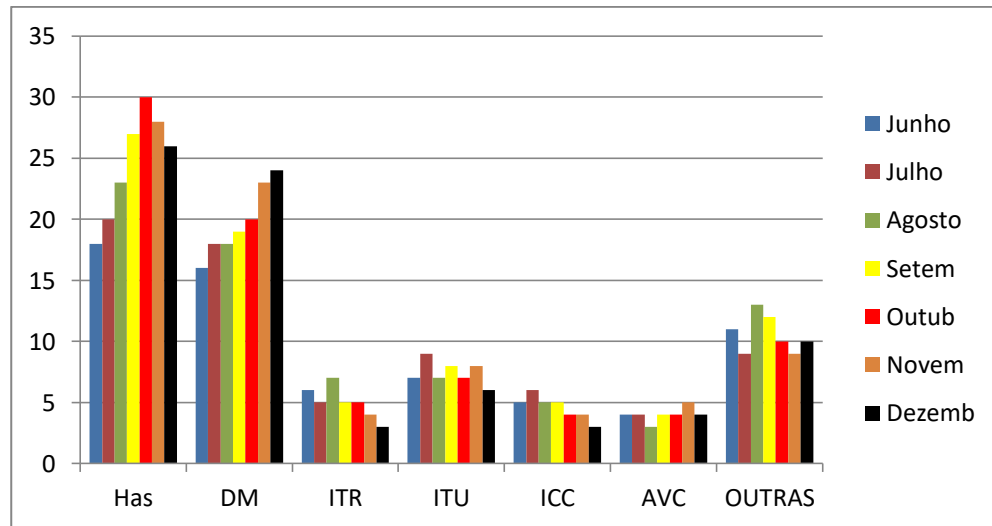
GRAFICO 6- Classificação de risco 2021



Em 2021, não identificamos no gráfico nenhum atendimento para as pessoas idosas com classificação azul. Perfaz o mesmo registro acompanhado em 2020, sem nenhum caso. Permanecendo a maior quantidade entre amarelo e verde.

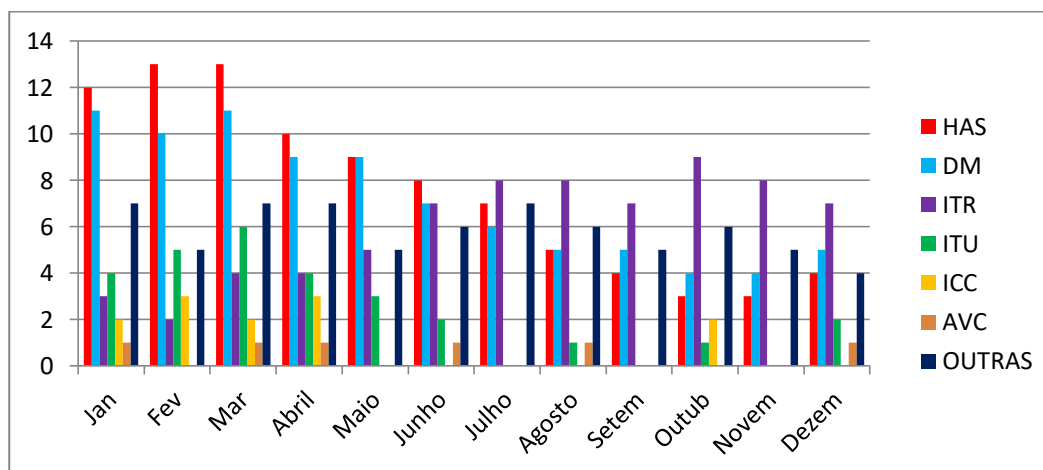
O que chama a atenção analisando a classificação de risco dos atendimentos as pessoas idosas na UPA durante o período de 2019 a 2021 são os dados da classificação de risco azul e vermelho. Azul, em 2019, com uma quantidade equilibrada e constante durante todo o semestre, permanecendo no começo do ano de 2020 e diminuindo de forma drástica no pico da pandemia do coronavírus. E o vermelho com risco de morte eminente com pouca expressão. Em 2021 de forma moderada em meados de julho as pessoas idosas começam a procurar o atendimento na UPA quando começa a vacinação para as pessoas mais idosas, mas ainda de forma discreta.

GRAFICO 7- Patologias em pessoas idosas atendidas na UPA em 2019



Analisando as patologias que foram atendidas em pessoas idosas na UPA, em 2019, verificamos que os atendimentos de pessoas idosas com HAS e DM permanecem altos em todos os meses e as demais patologias se mantêm estáveis durante todos os meses.

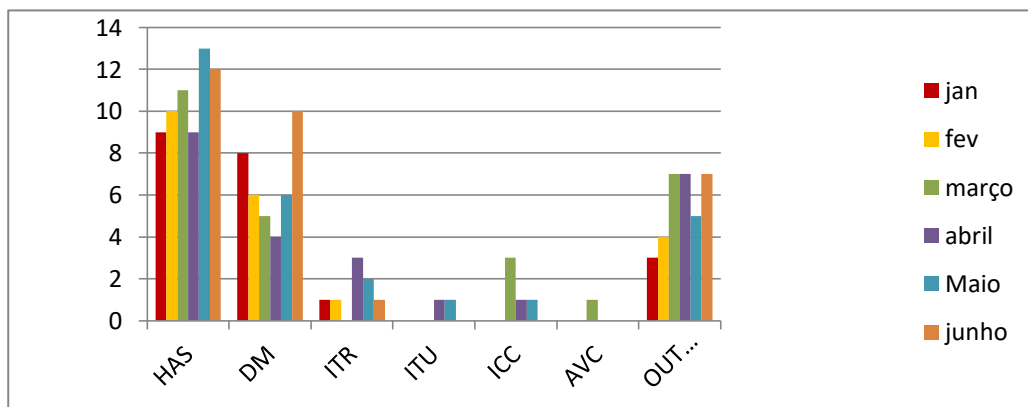
GRAFICO 8 - Patologias em pessoas idosas atendidas na UPA - 2020.



O gráfico nos mostra uma diminuição gradativa dos atendimentos às pessoas idosas conforme o aumento da pandemia, sendo acompanhado pela diminuição dos atendimentos de HAS E DM. Em contrapartida, verificamos o aumento das ITRs devido a pandemia do coronavírus.

No pico da pandemia as UPAs ficaram superlotadas de pacientes com suspeita diagnóstica de covid-19 no começo do ano de 2020, sendo aberto os gripários e hospitais de campanha para abarcar esses pacientes para que as UPAs pudessem atender os casos de urgência e emergência de outras comorbidades que não deixaram de existir. Os pacientes de classificação azul e verde, sem risco eminente de morte, não foram mais atendidos nas UPAs. Tiveram que procurar as UBS e ESF. Como já era difícil conseguir a marcação ambulatorial, na pandemia ficaram ainda menos acessível.

GRAFICO 9 - Patologias nos atendimentos a pessoas idosas em 2021.



Nos primeiros seis meses de 2021, vemos claramente no gráfico acima que os atendimentos as pessoas idosas com HAS, DM aumentaram consideravelmente entre maio e junho. As pessoas idosas que já tinham sido imunizadas contra o coronavírus começaram a ter coragem de voltar aos atendimentos na UPA.

Conforme visto através dos gráficos e tabelas apresentadas em 2019, antes da pandemia com uma quantidade expressiva de atendimentos azul e verde durante todo o período confirmando que a maioria das pessoas idosas que necessitam de atendimento médico pelo SUS procuram as UPAs para atendimento como se fosse o acompanhamento ambulatorial, e de tanto irem começam a se configurar como a porta de entrada do SUS. Médicos que atendem na unidade como clínicos, mas tem especialidades como otorrinolaringologista, urologista, cardiologista etc. e os pacientes ficam sabendo da disponibilidade da avaliação desses especialistas, retornam para avaliação e procedimentos como os pacientes com sonda, necessitando de acompanhamento com urologista e a troca da mesma. Os médicos fazem esse

acompanhamento por saberem como é difícil conseguir a nível ambulatorial podendo evoluir com piora do quadro.

Em paralelo à busca de informações através dos prontuários, começamos a realizar as entrevistas e aplicar os questionários aos quatro grupos, seguindo protocolos de segurança e recomendação sanitária, e estes foram atendidos em sala reservada ao Serviço Social na UPA, conforme os indicativos do Conselho de ética. Essas perguntas foram estruturadas com questionamentos objetivos construídos sem variação de fenômenos sociais, e também com perguntas abertas, seguindo um roteiro de tópicos de modo a respeitar a liberdade de opinião e a singularidade de cada um.

Em 2020, observamos que os atendimentos as pessoas idosas com classificação azul, permanecem até junho não sendo registrado nenhum atendimento posteriormente. As pessoas idosas que já não tinham acompanhamento nas UBS e procuravam as UPAs para “acompanhamento” agora com o “fique em casa”, ficaram em casa para evitar o contágio e não morrerem por covid-19.

Entretanto, sem nenhum acompanhamento, muitos evoluíram com agravamento das doenças crônicas que segundo relatos levando à morte em domicílio. Os verdes, que são os casos menos graves sem risco de morte eminente, mas necessitando de cuidados, permaneceram altos acompanhados pelos amarelos com risco de morte.

Foram aplicados 10 questionários para quatro grupos distintos: Pessoas idosas atendidas na UPA, Familiares de pessoas idosas atendidas, profissionais que participam da equipe multiprofissional de saúde da UPA e a comunidade local que levam pessoas idosas para atendimento na UPA com frequência.

Os questionários foram aplicados nos meses de junho e julho de 2021, durante a pandemia, quando a maioria das pessoas idosas já estava vacinada com a segunda dose da vacina contra covid 19. À UPA com uma demanda de atendimentos às pessoas idosas com agravamento das comorbidades ainda maior que antes da pandemia, transformou os consultórios médicos em leitos de observação.

Os questionários e entrevistas destinados aos profissionais de saúde foram realizados com quatro enfermeiras (o), três assistentes sociais e três médicas (o).

Questionário aplicado aos profissionais de saúde;

1. Em sua vivência profissional, você observa que pessoas idosas com doenças crônicas têm tido um acompanhamento ambulatorial preventivo adequado para evitar agravamento dos casos?

Sim ( ) não ( X )

Nesta pergunta, 100% foram não. Devido ao grau de agravamento que os pacientes idosos chegam as UPAS, os profissionais concluem que se tivessem tido um acompanhamento adequado ao nível ambulatorial não chegariam em uma situação agravada como normalmente chegam.

2. Baseando-se nos atendimentos realizados na UPA as pessoas idosas e familiares referem ter facilidade em conseguir o tratamento ambulatorial com especialistas pelo SUS?

Sim ( ) não ( X )

A dificuldade em conseguir marcar uma consulta com médico especialista é confirmada por todos os entrevistados, mesmo antes da pandemia do coronavírus.

3. Tendo como parâmetro a maioria das consultas realizadas na unidade, você poderia dizer que os familiares e/ou acompanhantes de pessoas idosas com comorbidades, estão preparadas para os cuidados necessários aos pacientes de forma efetiva e integral?

Sim ( ) Não ( X )

Todos responderam não. Os familiares, sem nenhuma técnica ou informações profissionais de cuidados necessários para esses pacientes, de uma hora para outra se encontram em uma situação que exige cuidados técnicos que não tiveram, mas que são impostos para que tenham.

4. Conforme a classificação de risco, em sua opinião a maioria das pessoas idosas atendidas na UPA seriam para atendimento ao nível:

Ambulatorial ( X ) Urgência/ emergência ( )

100% por cento afirmaram que a maioria das pessoas idosas atendidas na UPA poderiam ser atendidas a nível ambulatorial em uma UBS ou ESF. Mas porque será que esses pacientes não estão sendo atendidas nas UBS?

5. Durante a pandemia a quantidade de pessoas idosas com doenças crônicas admitidas na UPA aguardando transferência permaneceu a mesma?

Sim ( ) Não ( X )

Todos confirmaram o resultado dos gráficos com a diminuição dos atendimentos as pessoas idosas classificadas como azul e verde.

Para compilação de dados aos pacientes atendidos na UPA acima de sessenta anos, foram aplicados 10 questionários para as pessoas idosas atendidas na UPA. Cinco pessoas idosas do gênero feminino e cinco do gênero masculino.

QUADRO 3 - Pessoas idosas entrevistadas.

Paciente	Filhos	Doença crônica	Com quem mora	Quem trabalha	Quem cozinha e controla a medicação	Quem leva para consulta médica	Acampamento SUS	acompanhar
IM01	4	HAS/DM	Sozinho	Ninguém	O Paciente	Ninguém	Não	Não
IM02	12	HAS/DM	Sozinho	Ninguém	A Paciente	Ninguém	Não	Não
IM03	6	HAS/DM	Sozinho	Ninguém	A filha	A filha	Sim	Não
IM04	5	HAS	sozinho	Ninguém	O paciente	Amigos	Sim	Não
IM05	3	HAS/DM	3 pessoas (1 filha e 3 netos)	Ninguém	A filha que cozinha	A filha	Sim	Sim
IF06	4	HAS/DM	4 pessoas 1 filho, 1 filha e 2 netos	O filho	A filha que cozinha	A filha	Sim	Sim
IF07	3	HAS/DM	2 pessoas Filho e neto	1 pessoa O filho	A paciente	A filha	sim	Sim
IF08	3	HAS	1 pessoa Esposo	Ninguém	A paciente	A filha	Não	Sim
IF09	0	HAS	2 pessoas Irmã e sobrinha	Ninguém	A paciente e a irmã	A irmã	Não	Sim
IF10	2	HAS/DM	4 pessoas 1 Filho, 1 neta, 1 neto e nora	1 pessoa O filho	A nora que cozinha	A nora	Não	Sim

Entrevistas com os pacientes Idosos Atendidas na UPA;

- IM01. Paciente idoso em crise hipertensiva e DM descontrolada. Refere que mora sozinho, mas os 4 filhos moram perto, uma filha no apartamento acima dele com 4 filhos e o genro. Ela trabalha com faxina e com a pandemia não conseguia trabalhar. Quando estava em casa ela fazia o almoço dele, os outros filhos fazem-lhe visita às vezes. Como a filha está desempregada, ele ajuda nas despesas com a sua aposentadoria. O genro trabalha como garçom e na pandemia ficou

sem trabalho. Antes da pandemia, conseguia consulta com clínico para tratar DM/HAS. Relata não conseguir ir à UPA e pedia a receita para pegar os remédios na UBS.

- IM02 Paciente 69 anos, recebe BPC, mora sozinho, diz que deve ter 12 filhos, mas nunca conviveu com nenhum por não permanecer em nenhum relacionamento dos relacionamentos que teve. Ele mesmo faz sua comida. Mora só, mas refere ter muitos amigos que auxiliam quando precisa ir à UPA para atendimento médico. Não tem como ficar tentando marcar consulta na UBS. O problema é quando fica internado e nem sempre acha quem fique com ele. Ficou 5 vezes internado por causa da DM, uma vez teve que amputar o pé e hoje usa na cadeira de rodas.
- IM03 Paciente de 73 anos, mora sozinho, refere que tem 6 filhos, uma filha do último relacionamento vai sempre na casa dele, leva a comida, mora perto. Os outros filhos não têm muito contato. Recebe o BPC e de vez em quando se sente mal vai na UPA. Toma remédio e pede a receita.
- IM04 Paciente de 81 anos, HAS, alcoólatra. Recebe o BPC, tem 5 filhos, mora sozinho. Não sabe onde os filhos moram, quando tem algum problema pede ajuda aos amigos que o leva na UPA. Recebe o BPC, já esteve internado algumas vezes.
- IM05 Paciente de 66 anos, 3 filhos. Uma filha e duas netas moram com ele, só uma neta recebe a pensão alimentícia, ela faz a comida e de vez enquanto marca consulta no clínico para acompanhamento da DM, quando está difícil a marcação da consulta na UBS ele vai para a UPA. A filha não está trabalhando e a aposentadoria dele que paga a maior parte das contas.
- IFO6 Paciente idosa de 66 anos, DM, HAS, tem 4 filhos. 1 filho, 1 filha e 2 netos moram com a idosa que é aposentada. O filho trabalha como cozinheiro num restaurante e ajuda em casa. Os netos não recebem pensão alimentícia, o pai delas foi assassinado na boca de fumo. A filha que às vezes consegue marcar consulta com médico clínico, mas quando não consegue vai na clínica particular perto de casa ou na UPA.
- IF07 Paciente tem 78 anos, aposentada, tem 3 filhos, mora com o filho e 1 neto. O filho estava trabalhando antes da pandemia com bico, mas agora está desempregado. Uma filha que mora próximo vai sempre visitá-la, marca consulta

na UBS e vai com ela. Quando não consegue marcar vai ao médico particular ou, se demorar muito, vai à UPA.

- IF08 Paciente de 73 anos, aposentada, HAS. 3 filhos. Mora com o esposo, só uma filha mora perto. É acompanhado em uma clínica particular porque cansou de tentar marcar na UBS, demora muito. Mas quando sente algo vem para a UPA. A filha trabalha, não vai visitá-la todo dia, mas acompanha a mesma quando vai ao médico.
- IF09 Paciente de 68 anos, aposentada, mora em companhia da irmã e sobrinha, não teve filhos. E acompanhada por um médico particular, o atendimento na UBS demora muito. Quem a acompanha quando vai a consulta é a sobrinha. Mas quando precisa de atendimento de urgência que não possa ir no médico particular, vem sempre a UPA.
- IF10 Paciente idosa de 67 anos, HAS, aposentada, mora com 1 filho, nora e 1 neta e 1 neto. Quem está trabalhando é o filho que é mecânico. O neto de 13 anos é do primeiro relacionamento do filho, a neta de 5 anos é da nora. O outro filho mora no pavimento construído em cima do dela e está no momento desempregado. Quem cozinha é a paciente e quem a acompanha ao médico é a nora, pois o filho trabalha. Internada em crise hipertensiva, refere que foi por causa de aborrecimento com o outro filho. Informa que toma os remédios, mas não consegue tirar o sal totalmente, só um pouco. É acompanhada na clínica particular, mas as vezes vai na UPA quando não pode pagar o médico. A marcação na UBS é muito demorada.

Observamos através das das informações apuradas nas entrevistas que as pessoas idosas que tiveram filhos, a maioria as acompanha de alguma forma, morando perto e dando assistência. Colocam laje na casa para morarem próximos ou compram casas perto, as filhas são as que mais cuidam. No acompanhamento, nas consultas, a maioria responderam que é a filha, esposa, irmã ou nora que acompanha. Confirmando que fica para as mulheres a “obrigação” do cuidar, obrigação essa invisível pelo Estado e por todos, sendo também cobrado por elas mesmas. Todos informaram que no pico da pandemia não tentaram marcar consultas.

Cinco pacientes informaram que recorrem ao atendimento médico em clínicas particulares por ser mais rápido o atendimento antes da pandemia, mas durante não conseguiram marcar. A dificuldade maior apontada pelos pacientes para serem



acompanhados nas UBS é a marcação, e que devido a pouca quantidade de médicos para a demanda precisam ficar na fila de madrugada, aguardando para conseguir consulta na UBS. Verificamos como é falha a cobertura de serviços prestados pela UBS e ESF, que é mínima proporcionalmente à demanda, levando a maioria das pessoas idosas irem à procura de atendimentos ambulatoriais nas UPAs ou nas policlínicas.

Durante a pandemia as pessoas idosas que tiveram coragem de tentar marcar atendimento não conseguiu, e, no pico, ficaram em casa com medo, isoladas e muitas vezes sem contato com os familiares, o que complicou ainda mais a situação deles. Uma questão muito importante é que nenhum dos pacientes pesquisados estavam sendo acompanhados por especialistas como neurologista ou geriatras antes da pandemia, sendo estes especialistas necessários para o acompanhamento as pessoas idosas.

Ainda analisando as perguntas respondidas pelas pessoas idosas atendidas na UPA em questionário;

As consultas ambulatoriais antes da pandemia:

- Três disseram que iam bimestralmente, semestralmente ou uma vez ao ano, se conseguisse marcar uma consulta. Vinham à UPA quando se sentiam mal.
- Quatro disseram que não eram acompanhados na UBS, desistiram diante da dificuldade. Quando podiam, iam a uma clínica particular que fica perto da UBS e, se não pudesse naquele mês, vinha na UPA.
- Três disseram que bimestralmente, vinham a UPA para poder pegar a receita e pegar a medicação na farmácia da UBS.

Para a compilação e descrição de dados relativos aos instrumentos aplicados, na fase empírica, aos familiares de pessoas idosas, temos informações e detalhamento da rede social e de cuidado estendida, apresentada no Quadro abaixo.

Quadro 4- Questionários Aplicados aos Familiares

Familiar	Com quem mora o paciente	Quem acompanha nas consultas	Quem cozinha e controla a medicação	Quem está trabalhando na casa	Está sendo acompanhado do pelo SUS	Está sendo acompanhado em clínica particular
FF01	Filha, 3 netos	Filha	A paciente	Filha	Sim	Sim
FF02	Filha, Genro e 2 netas	Neta	A paciente	Genro	Sim, antes da pandemia	Não
FF03	Filho, nora	Nora	A paciente	Ninguém	Sim	Não

	e 2 netos					
FF04	Esposo e filha	Filha	A paciente	Filha	Sim	Sim
FF05	Sozinha	Filha	A paciente	Ninguém	Não	Sim
FF06	Esposa	Filha	A Esposa	Ninguém	Sim	Não
FF07	Esposa	Filha	A paciente	Ninguém	Não	Sim
FM08	Sozinho	Filha	Ninguém	Ninguém	Não	Não
FM09	Sozinho	Amigo	O paciente	Ninguém	Não	Sim
FF10	Sozinho	Namorada	O paciente	Ninguém	Não	Sim

Foram compilados 10 questionários aos familiares dos pacientes idosos atendidos na UPA, sendo realizadas entrevistas, das quais cinco eram filhas, um era o filho, duas eram esposas, uma neta, uma nora e dois eram amigos.

- FF001 Entrevistada: A filha – Paciente idosa de 75 anos e três filhos. A filha mora com a mãe e trabalha como manicure. O pai das crianças não paga pensão alimentícia porque não trabalha e é dependente químico, e a menor não tem avós paternos para ajudar. Vivem com a aposentadoria da mãe idosa, pois no auge da pandemia não encontrou trabalho. A mãe faz a comida e não segue a dieta, mesmo ela falando que não pode colocar sal por causa da HAS. “Eu vou morrer mesmo, comendo ou não comendo”. As medicações para HAS e DM ficam com a idosa e ela controla o uso, que “várias vezes eu vi toda a medicação guardada, e ela dizendo que estava tomando”.

A paciente pode estar precisando de uma avaliação com neurologista ou geriatra para saber se está em começo de demência e assim não poderia deixar com ela o controle da alimentação e da medicação. Essa filha teria que deixar de trabalhar para se dedicar ao cuidado integral da genitora e quem iria contribuir nas despesas da casa? O Estado? Através de políticas públicas de proteção para dar o suporte necessário a essa família?

Para conseguir agendar uma consulta com um médico clínico nas UBSs, conforme relato dos familiares, é preciso passar a madrugada na fila, sendo muito pior quando devem marcar consulta com especialista.

- FF002 Entrevistada: A filha – Paciente idosa de 77 anos, aposentada; HAS e com DM descompensada. A filha está desempregada, mora na casa da idosa com o companheiro e duas filhas, uma de uma relação anterior e outra da

relação com esse companheiro. O companheiro trabalha na construção civil como pedreiro. “As despesas são divididas entre a aposentada e o companheiro da filha”. “Antes da pandemia até conseguia marcar consulta com clínico para cuidar da DM, mas durante a pandemia não mais.” Perguntado sobre a marcação de consulta com geriatra e neurologista para avaliação ela disse: “O neurologista e geriatra é muito difícil conseguir marcar, só na clínica particular, mas difícil poder pagar”.

- FF003 Entrevistada: A Nora - Paciente idosa de 68 anos, mora na casa da idosa com o filho de 5 anos e o neto da idosa de 13 anos que o companheiro teve de uma relação anterior. A entrevistada refere que não tem uma boa relação com a idosa pois ela gosta mais da antiga companheira do filho, mãe do neto de 13 anos. Quem tentar marcar a consulta com clínico para a idosa na UBS é a nora. A mesma refere não conseguir marcar com frequência, quando fica difícil marcar vem para UPA e o médico dá a receita para pegar os remédios na UBS. Em 2020 nem foi tentar por causa da pandemia. Agora em meados de 2021 depois que a idosa tomou a segunda dose da vacina iria tentar marcar.
- FF004 Entrevistada: A filha - Paciente idosa de 65 anos, 4 filhos. Na casa mora o esposo da paciente de 77 anos e a filha deficiente mental de 33 anos. A filha entrevistada refere morar no andar de cima da casa da mãe e os outros 2 irmãos em casas próximas. A mãe não é aposentada, recebe o BPC para cuidar do filho deficiente e o pai é aposentado. No momento a entrevistada está desempregada é mãe solteira de 2 filhos e só recebe pensão alimentícia de 1 filho. Refere que a mãe não se cuida, não se preocupa em seguir a dieta para HAS e DM e não gosta que ela fale sobre isso. Ela tentava marcar as consultas na UBS anualmente antes da pandemia, mas nem sempre consegue, as vezes pagava consulta na clínica perto da UBS, em 2020 não tentou marcar e agora em 2021 depois de ter tomado a segunda dose da vacina de covid 19, ia marcar quando ela passou mal e veio para UPA.
- FF05 – Entrevistada: A filha - Paciente idosa de 75 anos, aposentada, tem 4 filhos, mora sozinha. A filha que está desempregada a acompanha nas consultas médicas e mora perto, no compartimento em cima da idosa. Tem quatro filhos, só recebe pensão alimentícia de dois. Nem sempre consegue marcar consulta na UBS e as vezes desiste de tentar marcar e, se tiver condições, paga particular, se não, procura atendimento na UPA.

- FF06 – Entrevistada: A filha - Paciente idoso, 80 anos, HAS, mora com a esposa, a filha mora próximo e o acompanha na consulta ao médico. A esposa faz a comida sem sal, mas ele reclama, as medicações ele e ela esquecem de tomar, várias vezes a entrevistada refere que achou os remédios na caixa quase cheia. Ela tenta lembrar a eles, mas não resolve muito. A filha acredita que eles não querem tomar os remédios. Seria importante ter uma consulta com geriatra e neurologista para ver se não estão no começo de demência ou depressão. Mas a filha não tem noção também dessas possibilidades e necessidade de avaliação com especialistas
- FF07 – Entrevistada: A esposa - Paciente de 68 anos, HAS, aposentado, tem 2 filhas, mora com a esposa que refere controlar a dieta dele, mas não deixa de beber cerveja com os amigos quase todos os dias. A filha às vezes consegue marcar consulta para ele na UBS mas nem sempre consegue. Quando não consegue marca médico particular na clínica mais próxima. Mas os remédios pegam na UBS.
- FM08 – Entrevistada: Filha – Paciente 84 anos, alcoólatra, recebe o BPC, HAS, em crise hipertensiva, mora sozinho no interior, a filha refere que soube das condições desumanas que ele estava e trouxe para atendimento na UPA. Aguardando transferência hospitalar há seis dias. Quando estiver de alta refere que vai levá-lo para morar com ela e cuidar dele.
- FM09 – Entrevistado: Amigo – Paciente de 67 anos, HAS, mora sozinho, recebe o BPC, tem 3 filhos, mas não convive com nenhum. Amigo refere que nunca viu visita de nenhum filho, mora próximo dele. Quando se sente mal vai na UPA. Paciente não é acompanhado em nenhum lugar porque ele refere demorar muito para marcar.
- FM10 – Entrevistada: namorada – Paciente de 67 anos, HAS, DM, alcoólatra, aposentado, com diabetes descompensada, e crise de hipertensão, aguardando transferência hospitalar há 8 dias, 2 filhos. Entrevistada refere que nunca foi visitado por nenhum filho, refere que o paciente é teimoso, não segue a dieta. Às vezes vai em um médico particular ou na UPA.

Entre os dez, nove desses familiares que acompanham às consultas são do gênero feminino, o que demonstra a continuidade do papel feminino nos afazeres domésticos e cuidados. A alimentação, se a paciente for do gênero feminino, é

preparada por ela e, se for masculino, só faz se não tiver uma esposa, filha, nora ou neta.

Em relação à contribuição nas despesas domésticas dos cinco pacientes que moram com mais de um familiar, a aposentadoria do idoso contribui com 60% a 90% da maioria das despesas das casas.

Entre os dez pesquisados, cinco pacientes moram sozinhos. Através da fala de três dos dez familiares eles referem que os filhos moram perto e cuidam dos seus idosos, indo com frequência nas casas, marcando consultas médicas e acompanhando-os. Como já registrado nos questionários com as pessoas idosas, a maioria desses familiares mora em casas acopladas ou no andar de cima da casa do idoso, onde foi construído outro andar. A convivência entre eles é colocada como muito importante, mas não quer dizer que haja os cuidados devidos, visto que não existe um controle da ingestão por parte dos familiares de bebidas alcoólicas e dos alimentos que fazem parte de uma dieta para HAS e DM. Conforme a fala de familiares quando comenta juntamente com o paciente, rindo, que ele(a) gosta de tomar “uma” nos finais de semana juntamente com os familiares. Constatamos que os familiares de certa forma acolhem as escolhas do seu idoso independente dos riscos da ingestão de bebida alcoólica aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Quando os pacientes são sozinhos, não tem uma estrutura familiar que esteja presente nas observações aguardando transferência hospitalar, na maioria das vezes é a comunidade local quem leva o idoso para atendimento quando está em estado grave e começa a ter dificuldade de conseguir um acompanhante no leito da observação 24h. O acompanhamento integral na observação pelo acompanhante exigido pelos enfermeiros para ajudar nos cuidados com o paciente e também para acompanhar nas transferências para realizar exames e retornar à unidade é muito difícil, os familiares e ou amigos nem sempre estão disponíveis, principalmente se forem moradores de rua. Na maioria das vezes o serviço social depois de realizar uma anamnese social faz um relatório para justificar a falta desse familiar. Mesmo assim a falta de acompanhantes nas transferências em várias ocasiões fez com que o paciente deixasse de ser transferido, perdendo a vaga ou a realização de exames.

Os acompanhantes, familiares de pacientes idosos precisam permanecer 24 horas nas cadeiras de plástico ajudando nos cuidados com os pacientes e se isso não puder acontecer por, morar longe e não ter dinheiro para pagar transporte, precisar trabalhar, ter de cuidar de crianças em casa ou por ser também uma pessoa idosa sem

condições de acompanhar o idoso, o problema é da família e do paciente, pois o acompanhante é exigido pela unidade e pelo hospital que vai recebê-lo.

Essa situação impõe aos familiares uma disponibilidade de cuidados para com o paciente sem que o Estado se sinta corresponsável no restabelecimento da saúde do cidadão descrito nas políticas públicas como dever também do Estado. A desfamíliação dos cuidados as pessoas idosas é determinante para impor ao Estado de direito o cumprimento do seu papel através de políticas públicas de proteção social que contemple os cuidados das pessoas idosas com profissionais treinados para este fim.

Para realizar a compilação dos dados de questionários para a comunidade local, temos algumas informações que podem ser destacadas e apresentadas a seguir.

Tomando o questionário e ordenamento como roteiro, a primeira questão sinaliza:

1. Existem grupos de convivência para pessoas idosas na comunidade?

Sim ( ) Não ( X ) Se sim, promovido por quem? Público ( ) Privado ( )

Em todos os questionários a resposta foi não, e se tiver, eles não sabem. Existe um grupo de convivência para pessoas idosas no Lar harmonia, um centro espírita que fez convênio com a prefeitura de Salvador em Piatã. Contudo, somente para os idosos que moram do Bairro da Paz e arredores.

2. Qual a experiência da comunidade no acesso e o atendimento nas Unidades básicas de Saúde?

Ótima ( ) Boa ( ) Regular ( ) Péssima ( )

Dos dez questionários aplicados, 70% das respostas foram regular e 30% péssima. As falas foram sobre a pouca quantidade de médicos para a crescente demanda de pessoas idosas que precisam de atendimentos pelo SUS. Elogiaram os médicos que fazem tudo para atender da melhor forma, mas não conseguem dar conta.

3. Você tem facilidade para conseguir acesso ao atendimento (Exemplos: marcar um especialista ou algum exame de alta complexidade via regulação municipal)?

Sim ( ) Não ( )

Nesta pergunta, os representantes da comunidade colocam mais uma vez a pouca oferta para algumas especialidades. Ainda mais em casos de pessoas idosas,

revelando que tais especialidades são importantes tais como geriatra,<sup>21</sup> endocrinologista, neurologista e psiquiatra. O questionamento da comunidade é sobre a necessidade urgente dessas especialidades visto que para as pessoas idosas o tempo entre avaliação e começo do tratamento interfere muito na qualidade de vida desses. Sobre os exames, a demora é conseguir fazer a marcação, tem que ser muito insistente, mas consegue marcar.

4. Qual a média de tempo para conseguir atendimento médico clínico na Unidade Básica de Saúde?

Menos de 1 mês ( ) 1 mês ( ) 2 meses ( ) 3 meses ou mais ( ).

Dos dez questionários, 4 entrevistados responderam que é entre 1 mês a 3 meses e 6 entrevistados responderam que menos de dois meses.

Para as pessoas idosas, especialmente as mais idosas, faz muita diferença o atendimento precoce, realizando exames e começando tratamento o mais rápido possível. Por isso que a maioria das pessoas idosas procura o atendimento mais rápido nas UPAS. Com a solicitação dos exames durante as consultas nas UPAs adiantam e procuram realizar até na esfera particular os exames para entregar o resultado ao médico clínico na UBS. Se não conseguir logo, para os exames não perderem a validade, podem seguir dois caminhos: Ou voltam à UPA ou pagam um médico particular.

5. As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) contemplam todos os bairros da comunidade?

Sim ( ) Não ( X )

---

<sup>21</sup> Conforme o Estatuto do Idoso :Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. § 1.º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: I - cadastramento da população idosa em base territorial; II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural; V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde. § 2.º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

A resposta foi 100% não. Poucos bairros são contemplados com as equipes de Saúde da Família, abrindo uma grande lacuna nos atendimentos preventivos de agravamento das doenças crônicas.

6. Quais as maiores dificuldades das pessoas idosas na comunidade antes e depois da pandemia do Covid 19?

Esta pergunta levou a comunidade local a relatar as dificuldades que as pessoas idosas têm no acesso a saúde e especialmente entre idosos acima de 80 anos onde o tempo para conseguir uma consulta, realizar exames e começar o tratamento faz uma grande diferença.

“Com a pandemia, as pessoas idosas que precisaram de atendimento médico ficaram desamparadas. Até na UPA não podiam vir para consulta normalmente só se tivessem muito mal.” (Rilza, comunidade local, 2021).

O testemunho dessa pessoa da comunidade que sempre leva paciente na UPA revela a forma que a UPA é vista: como uma saída para o acompanhamento médico para muitas pessoas. As consultas médicas nas UBSs não aconteceram e o medo de serem contaminadas as deixou em casa, sem procurar socorro nas UPAS. Ficaram isoladas em casa, com doenças crônicas se agravando, sem mencionar a saúde mental que ficou abalada com tudo isso.

As pessoas idosas na comunidade não têm um espaço para que elas se socializem. Estimular o convívio, o lazer e a participação comunitária e social é fundamental na a promoção da saúde. Deste modo, se faz necessário para a saúde integral da pessoa idosa, para além da saúde básica também a criação de redes e atividades.

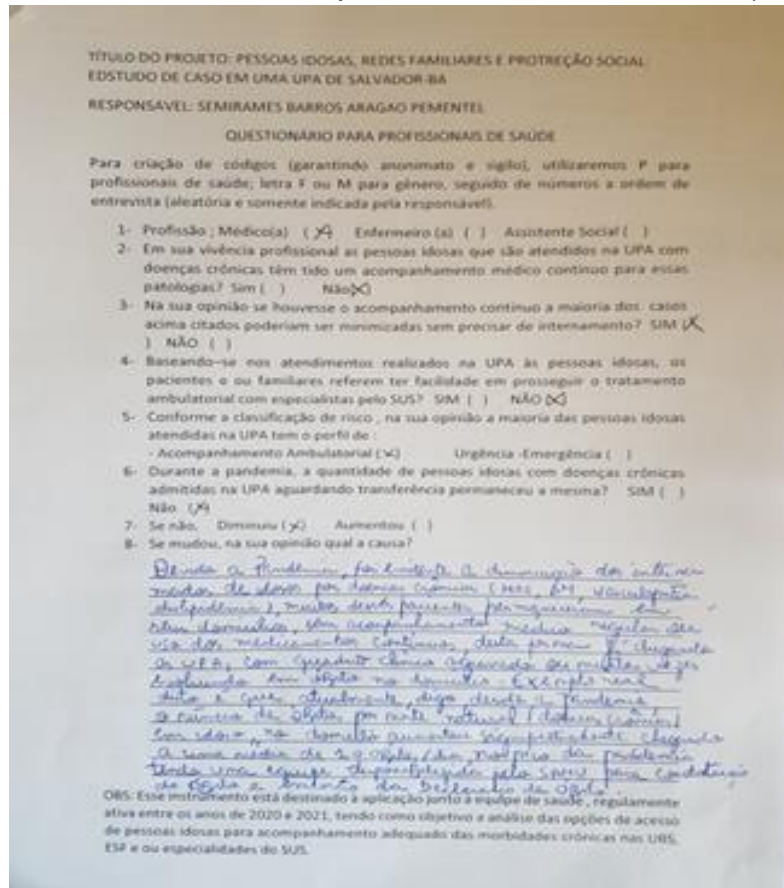
O CRAS que fica perto da UPA Hélio Machado poderia ter um grupo de convivência para pessoas idosas. No entanto com uma equipe mínima de profissionais e pouca estrutura para isto se resume a atendimentos burocráticos. Um centro comunitário com toda uma infraestrutura que contemplasse cursos, atividades físicas para esta população ainda faz parte de um sonho da comunidade.



### 4.3. Narrativas de sujeitos, familiares e comunidade, profissionais da UPA

Durante as entrevistas aos profissionais de saúde na UPA, separei uma entrevista e questionário de um profissional de saúde que também trabalha na SAMU. Neste relato ele faz uma denuncia do descaso com a saúde das pessoas idosas em plena pandemia do coronavirus em 2020. Sendo aplicado o questionário ele relata o que aconteceu com muitos idosos que ficaram em casa sem nenhum acompanhamento médico devido no auge da pandemia do coronavirus em 2020. Uma situação que nos deixa muito pessimistas em relação a aplicação efetiva de políticas públicas para a saúde das pessoas idosas neste país.

FIGURA 8 – Questionário para Profissionais da Saúde (2021)



“Devido a pandemia, foi evidente a diminuição dos internamentos de idosos por doenças crônicas (HAS, DM, vasculopatias, dislipidemia), muitos desses pacientes permaneceram em seus domicílios, sem acompanhamento médico regular ou uso de medicamentos, desta forma já chegando as upas com quadro clínico agravado ou muitas vezes evoluindo em óbito no domicílio. exemplo real disto é que atualmente, digo, desde a pandemia o número de óbitos por morte natural (doenças crônicas) em idoso no domicílio aumentou significativamente

chegando a uma média de 10 óbitos/dia no pico da pandemia tendo uma equipe disponibilizada pelo SAMU para constatação do óbito e emissão da declaração de óbito.” (Transcrição literal da narrativa escrita).

A narrativa acima explicita o descaso com a pessoa idosa, como cidadã de direito, especialmente o direito à saúde. Com uma média de dez óbitos diários, para a faixa etária acima de sessenta anos, alerta uma estatística de invisibilidade. Mortes em casa não por covid 19, mas por agravamento das doenças crônicas sem cuidados devidos que podem assinalar casos poucos revelados.

Com verba extra federal para atendimento aos pacientes com covid 19, rapidamente hospitais foram construídos, hotéis passaram a ser hospitais. No entanto há anos os familiares das pessoas idosas esperaram a vaga para transferência hospitalar nas UPAs de todo Brasil mesmo procurando a Defensoria Pública para judicializar e solicitar uma liminar do juiz exigindo a transferência hospitalar. A resposta sempre é a mesma: não temos vaga no momento. Os anos passam e ninguém fala em construir mais hospitais públicos, mas sim estádios de futebol, muitos! Quando se fala na contratação de mais médicos, a possibilidade fica mais remota ainda, pois os médicos não aceitam os valores oferecidos. Este descaso para com as pessoas idosas é invisibilizada nas promessas e discursos de campanha eleitoral visto que o desmonte das verbas públicas para saúde vem sendo permissível e aceita durante décadas.

#### Narrativas da comunidade local :

“As pessoas idosas aqui sofrem muito se não tiver um familiar que corra atrás, tem que ficar de madrugada na fila para conseguir pegar a senha que só são 20, para conseguir marcar uma consulta.” (Rilza, comunidade local).

“Quando consegue a consulta e o médico clínico solicita consulta com neurologista, endocrinologista ou geriatra é outra aventura para tentar marcar, muitos desistem”. (Helder, comunidade local).

“As pessoas idosas na comunidade não tem um espaço para eles se encontrarem, participarem de eventos, conversarem sobre os seus problemas”. (Júlia, comunidade local).

“Eu só tenho um filho, mas não posso contar com ele para nada, moro com minha irmã que não pode ficar comigo aqui porque tem problemas de saúde, é mais velha que eu, senti muitas dores. Eu vou perder a vaga porque não tenho quem me acompanhe? Nem e, nem ela pode pagar ninguém para me acompanhar” (Sandra, paciente de 60 anos, aguardando regulação).

As narrativas confirmam o distanciamento do Estado na proteção social às pessoas idosas garantidos na PNSPI<sup>22</sup> e os relatos de familiares.

Narrativas de familiares;

“Minha mãe é muito teimosa, briga, me xinga, não quer seguir a dieta para pessoas hipertensas e diabéticas. Não toma os remédios na hora e até esquece de tomar, já vi a cartela inteira dos remédios na gaveta sem ter tomado nenhum.” (Alice, filha de uma paciente de 83 anos, DM e HAS).

“A vizinha fazia acarajé para vender e ela encomendava sempre uns, eu não podia falar nada porque ela brigava, gritava, xingava e dizia que o dinheiro era dela” (Filha de Doroteia, idosa, 75 anos, HAS e DM)

Nas narrativas acima verificamos que as pessoas idosas em crise hipertensiva e diabetes descontrolada não eram acompanhadas por um geriatra<sup>23</sup>, nem por um neurologista e também não era acompanhada de forma contínua pelo clínico.

Uma avaliação com especialista seria muito importante para a paciente e para que os familiares que cuidam saibam que certos comportamentos fazem parte do quadro clínico de demência ou senilidade que é diagnosticado pelo geriatra, neurologista ou psiquiatra. A necessidade de um tratamento contínuo por médicos especialistas são imprescindíveis nesta idade devido a demência e outras comorbidades que precisam ser rapidamente detectadas e tratadas por uma equipe multiprofissional sendo informada aos familiares para que eles saibam como proceder da melhor forma para ajudá-los. Uma das pacientes citadas evoluiu para a necessidade de amputação do pé direito,

---

<sup>22</sup> a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;c) valorizar e respeitar a velhice;d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de romoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;

<sup>23</sup>Estatuto do idoso: CAp. IV do direito à saúde Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.§ 1.º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:I - cadastramento da população idosa em base territorial;II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatorios; III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

esperando na observação por uma vaga por mais de uma semana. A única unidade de referência as pessoas idosas é o Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso ( CREASI) que fica em um bairro afastado de Itapuan e o Centro de Geriatria e Gerontologia das Obras Sociais Irmã Dulce na cidade baixa.

## Considerações Finais

A pesquisa de mestrado aqui apresentada vem mostrar à sociedade que as políticas públicas existentes para a saúde e proteção as pessoas idosas pode ser observada como um paradoxo frente à realidade vivida por esta população. Partindo da premissa norteadora de que “a política nacional de saúde da pessoa idosa pode ser uma garantia ou desafio ao acesso à saúde?”, a pesquisa enveredou pela base teórica, jurídico-legal e empírica, valorizando as redes sociais e familiares na experiência partilhada sobre saúde de pessoas acima dos 60 anos, em atendimento de uma UPA na capital baiana.

O que verificamos diante da pesquisa realizada é que a PNSI, nas suas diretrizes, todo um arcabouço que contemplaria de forma muito abrangente as pessoas idosas. Reforçam a noção de proteção que tal população necessita e objetivam um envelhecimento digno, ativo e amplamente resguardado pela ética do cuidado. Porém, o paradoxo existente no que está escrito (“cidadania de papel”), e a realidade (real cidadania) pode ser considerada como reflexo do que está embutido nos interesses políticos e econômicos. No atual estágio do contexto brasileiro, mesmo antes da crise sanitária, já havia sinais de “desmonte do SUS”, assinalados durante décadas de forma silenciosa. Determinantes econômicos em uma sociedade globalizada fazem com que os países periféricos sejam impulsionados pelos interesses do mercado global.

O desrespeito, (na primeira etapa da crise sanitária SARS COVID-19) relativos às pessoas idosas são explícitas tensões e assinalam, ademais, o quão trabalhoso é investigar “por dentro do sistema”, descrevendo, apontando narrativas de sujeitos integrados aos contextos e sujeitos de direitos. Para além da descrição, essa investigação foi realizada a partir das experiências de quatro grupos de sujeitos que compõem as redes sociais, familiares, institucionais (especialmente de profissionais de saúde e de assistência social) para o cuidado com pessoas idosas.

Podemos até reconhecer antes e durante da pandemia como recortes temporais. Entretanto, algumas situações-problema são frequentes e reveladoras de ineficácias e não acessibilidade completa. Exemplos disso podem ser identificadas como a falta de médicos clínicos, notória nas UBS. Vale destacar que a pré-existência de doenças e

quadros crônicos foi relatada e com frequência apareceram nos resultados descritores como falta de emprego, convivência doméstico-familiar seja através de intergeracionalidade ou de situação de apoio financeiro da pessoa idosa, alcoolismo, indicando vulnerabilizações. Esse é um ponto basilar da promoção e atenção básica no campo da saúde. Mesmo quando se menciona a contratação de mais médicos, a possibilidade fica mais remota ainda, pois a resposta – nos últimos anos - é que os médicos não aceitam os valores oferecidos. Até as experiências exitosas de contratação de médicos estrangeiros pode ser alvo de impasses e de discurso ideologizados.

As determinações de como atuam as políticas públicas são acertadas através de *lobbies* de interesses sem consultar os verdadeiros sujeitos da História que vivem diariamente as dificuldades no acesso ao serviço de saúde.

Protocolos determinam o acesso a todos os direitos fundamentais e humanos (no caso brasileiro, concomitantes). Mesmo com diretrizes internacionais, como foi feito no protocolo para a classificação de risco sem ênfase e associação direta com as bases que alimentam e fundam o Estatuto do Idoso.

A classificação de risco poderia realizar uma avaliação que identificado o grau de risco verde ou azul, fosse respeitado o fator etário, priorizando o atendimento as pessoas idosas com classificação verde e azul. Isso foi bem apreendido e aprendido ao longo dos últimos dezessete meses de pandemia mundial SARS COVID-19. Como resultado, no cruzamento realizado pela pesquisa sobre classificação e idade, temos que, entre os casos verdes e azuis que podem esperar conforme a hora de chegada tinha que ser respeitada a idade, como consta no Estatuto do Idoso.

Deixar a cargo dos gestores locais abrirem centros de convivência para as pessoas idosas é dizer claramente que não vai acontecer. Compreendemos que é necessário vontade política para que seja feito e como não temos uma expressão política da população idosa que grite e discuta essas necessidades, fica tudo parado. Deveria ser uma determinação federal e obrigatoriedade ter verba destinada para este fim, compondo a questão do controle social através de políticas sociais específicas, além de garantir a cidadania em sua plenitude.

A maioria das UPAS hoje em Salvador são terceirizadas e nessas UPAs tem todos os pré-requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde, com todo o sistema de informatização para unidade, começando pela recepção onde as fichas de atendimento são digitados, com computador em todos os consultórios e na sala do serviço social com espaço adequado para um atendimento de qualidade.

Tudo muito importante para todos por criar um banco de dados que acompanha o histórico de todos os atendimentos podendo ter uma melhor avaliação e servindo também para o acompanhamento do serviço social nas situações que precise do seu olhar e intervenção, podendo realizar um estudo de casos específicos, especialmente entre aquelas pessoas idosos que estão frequentemente na unidade com vários quadros patológicos e ou os mesmos, sempre sozinhos e raramente disponibilizam o número do telefone de familiares. No entanto, as UPAs administradas pela prefeitura não contam com os pre- requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde. A recepção, os consultórios e o serviço social não tem computador, todos os prontuários são escritos e guardados sem nenhuma estrutura para tal.

A maioria dos atendimentos do serviço social na pandemia teve que ser realizados no corredor por falta de condições, deixando de ter o sigilo determinado pelos protocolos da comissão de ética do conselho de classe. Para tentar atender os protocolos de distanciamento na minúscula sala do serviço social, sem janela, sem ventilação e insalubre foi necessário manter a sala aberta sem privacidade necessária para os familiares e pacientes. Em situações que precisa atender uma família de duas ou mais pessoas para acolhimento e orientação principalmente nos casos de óbito fica mais difícil ainda. Dois pesos e duas medidas para a prestação do mesmo serviço de saúde, só que uns são fiscalizados e cobrados e outros não. Um claro descaso da administração pública com a prestação do serviço de saúde próprio.

Quais as condições de acesso à saúde e à cidadania dos idosos e familiares? Dos familiares são exigidos dedicação e compromisso de cuidados com a pessoa idosa. Não obstante, o Estado descumpra o seu compromisso de oferecer saúde integral para as pessoas idosas, definido em lei, como máxima prioridade.

A familiarização dos cuidados por parte do Estado: Há pacientes idosos acamados e muitas vezes com sequela de AVC, impondo um redirecionamento das políticas públicas para a desfamiliarização dos cuidados com internamento em clínicas terapêuticas de reabilitação especializadas para que o paciente retorne para casa com o mínimo de independência como existe em países na Europa, como na Itália. O acompanhamento com geriatras e neurologistas previsto no Estatuto do Idoso é minimizado pelo atendimento dos médicos clínicos ou nas UBS, nas ESF ou na UPA.

A espera de vaga durante dias, semanas e até meses é conhecida por todos, até mesmo através da mídia escrita e falada sem se discutir uma solução para isto. Na pandemia (percorrendo os últimos dois anos), e observando especialmente o grupo de

peessoas idosas, o descaso ou a negligência de atendimento mais pontual com a saúde das pessoas idosas foi paradoxal e demonstram fragilidade entre legislação e práticas no sistema.

De um lado, proteger e cuidar; de outro, negligência de outros fatores e elementos de agravamento de quadros pré-existentes, explícita na narrativa de um profissional da saúde. Isso aconteceu quando ele afirma ter uma média de dez declarações de óbito ao dia, registrados pela SAMU, relativos às pessoas idosas que vieram a óbito em casa não por covid 19. Revela-se, portanto, a falta de cuidados diante de doenças crônicas.

O protocolo colocado para o combate ao coronavírus “fique em casa” como elemento educativo também gerou o paradoxo, pois os idosos ficaram sem nenhum cuidado necessário, nem consultas online, nem a domicílio. Quem tinha condições, pagava médico nas policlínicas particulares que na última década veem se expandindo nas periferias. Por que será essa grande expansão? Porque existe a lacuna da falta de atendimento deixada pelos serviços básicos de saúde pública. Lacuna esta sempre usada e aproveitada pelo mercado.

As pessoas idosas foram as mais atingidas por essa pandemia. Além de serem as mais atingidas pelo vírus, sofreram com a diminuição da sua renda para sobreviver por ter que manter toda a família, em muitos casos, os mais jovens perderam o emprego com o fechamento dos bares, restaurantes, lojas e fabricas. Com o isolamento social até os filhos e os netos não puderam ficar perto, atingindo a saúde mental e emocional das pessoas idosas.

Verificamos na pesquisa realizada como muitas pessoas idosas vivem sozinhas por vários motivos familiares e necessitam de uma política pública que não imponham sempre os cuidados especificamente pelos familiares nas observações e internamentos colocando profissionais treinados para isto nas unidades e que acompanhem os casos que necessitem de atendimentos mais específicos. Que seja determinado em lei a criação de uma quantidade de lares para pessoas idosas proporcional a essa população em todas as cidades paga pelo Estado.

Hoje, a cidade de Salvador possui em sua rede própria só um abrigo de longa permanência para pessoas idosas. Quase de forma integral a população idosa em Salvador é atendida em instituições e unidades “filantrópicas” que ficam com o BPC ou aposentadoria da pessoa idosa integralmente quando interna.



Uma prática que deixa essas pessoas totalmente dependentes, refutando o direito garantido aos idosos de ficarem com o mínimo de recursos para seus gastos pessoais. Somente existir um abrigo de longa permanência na cidade do Salvador é um fato que denota descaso com essa população.

Mesmo que os familiares tenham vontade de cuidar das pessoas idosas, se faz necessário e imprescindível uma atenção por parte do estado a estes familiares cuidadores de seus idosos. Esses familiares precisam de orientações e cuidados especiais para que tenham capacidade de perceber as mudanças específicas do comportamento senil e como proceder nesta situação.

Não conseguem atentar para os primeiros sintomas de demência e senilidade, começo de Alzheimer, mal de Parkinson, que sendo percebidos logo no início tem como ser revertido ou desacelerar o agravamento, informações essas que são dadas pelo geriatra ou neurologista em consulta, especialistas que não são encontrados com facilidade na rede pública. Familiares precisam trabalhar, precisam de lazer, precisam SER e viver uma vida com qualidade para poder se doar ao cuidar. Quem cuida desses familiares? Quem dá o suporte necessário para o melhor cuidado possível? A maioria tem que deixar de trabalhar para poder cuidar do seu idoso, vivendo com o BPC ou aposentadoria dele. Quando esse idoso vem a óbito não conseguem mais emprego.

Até que ponto os familiares têm condições de cuidar do seu idoso? O Estado de Direito tem deveres para com as pessoas idosas?

Vivenciar de perto a luta dos familiares em conseguir cuidar do idoso, acompanhá-lo nas internações e ainda sobreviver em uma sociedade que não lhes dá condições mínimas de segurança econômica e pública de sobrevivência digna e ainda impondo ao mesmo o papel de “super-heróis” em uma selva onde a regra é a mercantilização dos serviços públicos e o interesse do ter acima do ser.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS: <https://www.camara.leg.br/noticias/575228-comissao-muda-nome-do-estatuto-do-idoso-para-estatuto-da-pessoa-idosa/> 23/08/2019 - 09:51.
- ALCÂNTARA, A.; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K.C. Da Política Nacional Do Idoso ao Estatuto do Idoso: A Difícil Construção de um Sistema de Garantias de Direitos da Pessoa Idosa, **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
- ARENDT, H. **Entre o Passado e o Futuro**. Tradução de Mauro W. Barbosa. São Paulo: Perspectiva, 2013.
- BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos de Política Social. In: **Abordagens da Política Social e da Cidadania**. Brasília: Departamento de Serviço Social da UnB, 2000. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-1.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-1.pdf).
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei n. 10741, de 1 de outubro de 2003**, sobre o Estatuto do Idoso. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria n.648/GM de 28 de março de 2006** - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA – PNSPI. Brasília, 2006.
- BRAVO, Maria Inês Souza & MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade Cadernos de Saúde, 1. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.
- BRITO DA MOTTA, Alda. A Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M.C.S; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A (Orgs.) **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, pp.37-50.
- BRITTO DA MOTTA, A. Reinventando fases: a família do idoso. **Cadernos do CRH**, Salvador, v. 11, n. 29, p. 69-88, jul./dez. 1998.
- CAMARANO, A.A.; ALCANTARA, A.O.; GIACOMIN, C.K. (Orgs). **Política Nacional do Idoso: Velhas e Novas Questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
- CAMARANO, Amélia (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- CARVALHO, I.M.M. Família e Proteção Social. **Perspectiva**, São Paulo, v.17, n. 2, pp.109-122, 2003.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.). **A Família Contemporânea em Debate**, São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.
- CASTRO, M.G.; CARVALHO, A. M. & MOREIRA, L.V.C. (Orgs). **Dinâmica familiar do cuidado**: afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos. Salvador: EDUFBA, 2012.
- CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon & ROCHA, Sheila Marta Carregosa. Violências no Envelhecimento no Tempo Presente: Políticas Públicas no Brasil e em Portugal, In;

CALAZANS, M.E. de; PERINE, Ana Rita de Calazans; PINEIRO, Emília da Silva (Orgs.). **Políticas e Práticas de Atenção ao Envelhecimento** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Editora Fi, 2020. Disponível em: <http://www.editorafi.org>.

CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon. Violências Sobrepostas: Contextos, Tendências e Abordagens num Cenário de Mudanças. In: DIAS, I. (org.). **Violência Doméstica e de Gênero: uma Abordagem Multidisciplinar**. Lisboa: Pactor, 2018.

CREPALDI, M. A. et al. A Participação do Pai nos primeiros cuidados da criança, segundo a concepção de mães. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 2006.

DEBERT, G, Guita. Velho, terceira idade, idoso ou aposentado? Sobre diversos entendimentos acerca da velhice. **Revista Coletiva**, n. 5, jul/ago/set. 2011.

DEBERT, G.G. O corpo e a reinvenção da velhice in **Envelhecimento e Intergeracionalidade: Olhares interdisciplinares**, coleção Família e desenvolvimento humano V2 (Orgs) Elaine Pedreira Rabinovich, Lucia Vaz de Campos Moreira, Eliana Sales Brito, Marilaine Menezes Ferreira, Curitiba; CRV, 2019

DELGADO, J., SOUZA, G. P., SANTOS, J. B. Violência e cuidado: quando as idosas precisam de proteção especial- considerações sobre a cidade de Salvador. **19º REDOR - Encontro Internacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero**. Aracaju, 2016.

DELGADO, Josimara; TAVARES, Márcia Santana. (Trans)versalidades de gênero e geração nas políticas sociais: o lugar das mulheres e idosos. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 25, n. 2 - Jul./Dez. 2012.

DIAS, Isabel. Envelhecimento e violência contra os idosos. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, vol. XXV, 2005, pp.249-273.

DIAS, Isabel. O uso das tecnologias digitais entre os seniores: motivações e interesses. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 68 (2012), pp. 51-77.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C. & CARVALHO, A.I. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GIOVANELLA, L. & FLEURY, S. Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso. In EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 312 p.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes & ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25 (2020), pp. 1475-1482.

HADDAD, E.C.M. Notas Sobre a História dos Direitos da Velhice no Brasil. **Prisma Jurídico**, n. 2, 2003, Universidade 9 de julho, São Paulo.

HORKHEIMER, Max. **Eclipse da razão**. São Paulo: Editora da Unesp, 2015, 207p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC)**. Microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Boletim Mercado de Trabalho - Conjuntura e Análise** n. 69. Brasília: Ipea; 2020.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Política Nacional do Idoso: Velhas e Novas Questões**. Rio de Janeiro, 06/10/2006. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>

KURZ, Robert. **Os paradoxos dos Direitos Humanos**: inclusão e exclusão na modernidade. Disponível em <http://obeco.planetaclix.pt/rkurz116.htm>

MELLO, S, L. Família: Perspectiva Teórica e Observação Factual. In: CARVALHO, Maria do Carmo (Org.). **A Família Contemporânea em Debate**. São Paulo: EDUC/CORTEZ, 2000.

MINAYO, M.C. & COIMBRA JUNIOR, C.E. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. (Antropologia & Saúde). Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MINAYO, M.C. de L (org). **Pesquisa social**: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO, Regina Celia Tamaso. Política Social e Trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo. **Serviço Social** [online], 2015, n. 124, pp 699-720.

MOREIRA, L.V.C. **Relações familiares**. Curitiba: CRV, 2016. 396p.

MOREIRA, L.V.C. **Paternidade na Sociedade Contemporânea**: o envolvimento paterno e as mudanças na família. Orgs. Lucia Vaz de Campos moreira, Elaine Pedreira Rabinovich, Patricia Carla Silva do Vale Zucoloto. Curitiba: Juruá, 2016. 350p.

MOTTA, Alda Britto da. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. **Sociedade e estado**, v. 25, n. 2, p. 225-250, 2010.

MOTTA, Alda Britto da. **Reinventando fases**: a Família do Idoso. Local: 1998.

O'DWYER, G.; KONDER, M.T.; RECIPUTTI, L.P.; LOPES, M.G.M.; AGOSTINHO, D.F. & ALVES, G.F. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev Saúde Pública** 51, 2017, <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Envelhecimento Ativo. Uma política de saúde**. Brasília, 2005.

PAIM, J.S e outros. **O Que é o SUS**. Coleção Temas em Saúde, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2015.

PAIVA, C.H.A. & TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, pp.15-35.

PEREIRA, Potyara A. Política Social Contemporânea: Concepções e configurações no contexto da crise capitalista. In COSTA, L.C.; NOGUEIRA, V.M.R. & SILVA, V.R. (Orgs.). **A política social na América do Sul: perspectivas e desafios no século XXI** [online]. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2013, pp.15-26.

PEREIRA, Potyara A. **Política Social: temas e Questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, Potyara A.; SIQUEIRA, Marcos Cesar Alves. Política Social e Direitos Humanos sob o julgo do Imperialismo dos Estados Unidos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 119, p 446-467, jul/set.2014.

PINTO, L. & GIOVANELLA, L. Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).

**Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, pp. 1903-1914. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

RABINOVICH, E.P.; MOREIRA, L.V.C; BRITO, E.S.; FERREIRA, M.M. **Envelhecimento e integralidade**: Olhares interdisciplinares. Curitiba: CRV, 2019.

ROCHA, S.M.C. & LIMA, I.M.S. A pessoa idosa e o contexto familiar: Uma abordagem sóciojurídica. In: **Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades**. Niterói: ANINTER-SH/ PPGSD-UFF, 03 a 06 de Setembro de 2012.

ROCHA, S.M.C. A Contribuição dos Conselhos de Proteção à Pessoa Idosa como Proteção Estatal e Inclusão Social. In: **Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades**. Salvador, 8 a 10 de Outubro de 2014, n.3, v. 10, pp. 49-61.

TEPERMAN, D. Família, Parentalidade e época: Articulações Possíveis. In: MOREIRA, Lúcia Vaz et al. (Orgs.). **Família e Parentalidade**: Olhares da Psicologia e da História. Curitiba: Juruá, 2011.

TRAVASSOS, C. & CASTRO, M.S. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, pp.183-206.

TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

VIEIRA, F.S.; PIOLA, S.F.; BENEVIDES, R.P. Controvérsias sobre novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, pp.15-35.

## APENDICE A

### CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Pró-reitoria de pesquisa e Pós-Graduação

Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea

CARTA DE ANUÊNCIA

À

Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal

Ao cumprimentar os responsáveis pela Subcoordenadoria, apresento-lhes Semírames Barros Aragão Pimentel, servidora, assistente social, lotada na UPA Hélio Machado, matrícula 3066976, atualmente aluna regular do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea, da Universidade Católica do Salvador (UCSal), que está desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “Pessoas Idosas, Redes Familiares e Proteção Social: Estudo de Caso em uma Upa de Salvador-BA”, sob a orientação da Professora Doutora Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti. O estudo tem como objetivo geral: descrever as relações legais-institucionais de proteção social para pessoas idosas, vinculando redes familiares e acessibilidade à saúde.

Solicito ANUÊNCIA por esta secretaria do uso parcial da base de dados do banco local do Sistema de Informações para que a aluna possa realizar pesquisa com abordagem quanti-qualitativa. Além disso, serão realizadas entrevistas conforme projeto anexo. Esclarece-se que a mestrandia compromete-se a seguir os princípios éticos conforme preconizam as resoluções 466/2012 e 510/2016 do CNS/CONEP.

Desde já agradeço a colaboração,

---

**APENDICE B**

**TERMO DE COMPROMISSO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
**COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE**  
**SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Pelo presente termo eu Semírames Barros Aragão Pimentel portador do RG nº. 1549057 20, CPF nº28201965515 reconheço meu compromisso com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), na qualidade de pesquisador responsável do projeto de pesquisa intitulado: Pessoas Idosas, Redes Familiares e Proteção Social: Estudo de Caso em uma UPA de Salvador-Ba. Que tem como objetivo geral: Descrever as relações legais-institucionais de Proteção Social para pessoas idosas, vinculando redes familiares e acessibilidade à saúde, a ser desenvolvida na Rede de Atenção de emergência da SMS de Salvador, no período de 15 abril 2021 a 30 setembro de 2021.

Declaro estar ciente e conhecer as práticas que norteiam as pesquisas inclusive as envolvendo seres humanos, as Resoluções do CNS nº. 466/2012, e nº. 510/2016 e estar conhecedor das responsabilidades como pesquisador, bem como do compromisso de garantir, segurança, bem-estar e sigilo dos sujeitos e dados selecionados âmbito da Secretaria Municipal da Saúde.

Ter ciência que o projeto só será desenvolvido após a autorização da SMS e quando for o caso aprovação em Comitê de Ética em Pesquisas. Respeitar as normas e rotinas dos serviços envolvidos e a disponibilidades dos participantes.

Comprometo-me que após a conclusão do resultado da pesquisa apresentar e disponibilizar cópias do produto ao serviço e a Secretaria Municipal da Saúde.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ass. do Pesquisador Responsável

## APENDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A Sra. (o) é convidada(o) a participar da pesquisa “PESSOAS IDOSAS, REDES FAMILIARES E PROTEÇÃO SOCIAL: ESTUDO DE CASO EM UMA UPA DE SALVADOR”. O estudo está sendo desenvolvido em pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador. Seu objetivo é descrever as relações legais-institucionais de proteção social para pessoas idosas, vinculando redes familiares e acessibilidade à saúde, na UPA Hélio Machado, em Salvador. Sua relevância se justifica pela espera contínua de idosos nas observações da UPA aguardando transferência para internamento clínico e ou cirúrgico. Uma situação que se tornou “normal” durante os últimos anos. Pessoas idosas durante dias, semanas e até meses à espera de internação hospitalar com quadros crônicos de DM e HAS em crise, evoluindo com piora do quadro, agravando e necessitando de internação. Essa situação vai de encontro à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que necessita ser mais debatido e que poderá ganhar mais visibilidade para a sociedade e para as famílias, no intuito de ampliar a proteção sobre essas pessoas e dar mais qualidade a atuação das Instituições que tem como dever garantir e proteger os direitos da pessoa idosa. Sua participação consistirá em ser entrevistada, por aproximadamente sessenta minutos, com base em um roteiro que contém perguntas relacionadas ao tema estudado, PESSOAS IDOSAS, REDES FAMILIARES E PROTEÇÃO SOCIAL: ESTUDO DE CASO EM UMA UPA DE SALVADOR

Para garantir a proteção emocional e psicológica das participantes, haverá o cuidado em manter a privacidade no momento da entrevista e ofertar o amparo psicológico ou assistencial, caso necessário. Ao decidir participar deste estudo esclareço que:

1. Caso não se sinta à vontade com alguma questão da entrevista, a senhora poderá deixar de respondê-la, sem qualquer prejuízo;
2. As informações fornecidas poderão, mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e que sua identificação será mantida em sigilo, isto é, não haverá chance de seu nome ser identificado, assegurando-lhe completo anonimato (através de codificação alfanumérica);
3. Sua participação não lhe causará nenhum custo financeiro.

Assim, receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, caso desista da entrevista, a pesquisadora assumirá a responsabilidade de interromper e excluir os dados coletados até o momento da declaração de não anuência. O benefício de sua participação consiste na ampliação do conhecimento sobre o acesso das pessoas idosas às políticas públicas e as redes familiares existentes na sociedade contemporânea. Em caso de dúvida ou outra necessidade de comunicação, relacionada ao tema pesquisado, poderá entrar em contato com a Universidade Católica do Salvador – UCSal, através do telefone (71) 3203 – 8913. Eu, \_\_\_\_\_, portadora do R.G. \_\_\_\_\_ aceito, voluntariamente, o convite de participar deste estudo, estando ciente de que estou livre para, em qualquer momento, desistir de colaborar com a pesquisa. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios desta pesquisa e concordo em participar espontaneamente. Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Assinatura da participante \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora \_\_\_\_\_



**APENDICE – D****ROTEIRO ORIENTADOR PARA USO DA ABORDAGEM QUALITATIVA  
(ENTREVISTA)**

UCSal – Universidade Católica do Salvador

Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea

**Roteiro de Entrevista****1. Dados pessoais e familiares**

1.1. Identificação: \_\_\_\_\_

1.2. Idade \_\_\_\_\_

1.3. Estado civil \_\_\_\_\_

1.4. Etnia/cor \_\_\_\_\_

1.5. É aposentada (o)? Recebe algum benefício?

Sim ( ) Não ( ) Se sim, qual?

Qual a renda familiar? 1 salário mínimo ( ) 1 a 2 salários mínimos ( ) 2 a 3 salários mínimos ( ) 3 a 4 salários mínimos ( )

1.6. Bairro – Comunidade em que vive \_\_\_\_\_

1.7. Composição doméstico-familiar atual

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.8. Entre os familiares com quem mora, quem está trabalhando atualmente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Tem alguma doença crônica? DM ( ) HAS ( )

Outras \_\_\_\_\_

3. Antes de estar internada nesta UPA era acompanhada em algum (a) :

Unidade Básica de Saúde? Sim ( ) Não ( )

Estratégia de Saúde da Família Sim ( ) Não ( )

Clínica particular? Sim ( ) Não ( ) Se Sim,  
porque? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se não, porque? \_\_\_\_\_

4. Esteve nesta UPA outras vezes? Sim ( ) Não ( )

Quantas? \_\_\_\_\_

5. Quais as queixas frequentes para o seu atendimento na emergência?

\_\_\_\_\_

6. Quem normalmente o acompanha quando vai ao médico?

Familiares Sim ( ) Não ( )

Se não, por quê? \_\_\_\_\_

7. Quem acompanha? \_\_\_\_\_

**APENDICE E****DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE ANTI-PLÁGIO**

Eu, **SEMÍRAMES BARROS ARAGÃO PIMENTEL**, matrícula 200010568 e estudante do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, declaro que o trabalho em versão impressa e digital apresentado é componente parcial da avaliação de mestrado, compondo-se de pesquisa original, ademais de confirmar que todas as citações e as referências, bem como uso de dados primários e secundários (quando existentes) estão corretamente identificadas. Tal procedimento indica autoria e responsabilidades para os devidos fins e efeitos, podendo ser incluído como prova junto à UCSAL.

Declaro que o material é original, resultado da investigação realizada por mim e que a utilização de contribuições ou textos de autores alheios estão devidamente referenciadas, obedecendo aos princípios e regras dos Direitos de Autor e Direitos Conexos.

Tenho consciência de que a utilização de elementos alheios não identificados constitui uma grave falta ética e disciplinar, sendo informadas no Regimento Interno da Pós-Graduação dessa instituição.

Salvador, 20 de agosto de 2021.

**SEMÍRAMES BARROS ARAGÃO PIMENTEL**

**CRÉDITOS DA AUTORA**

Soteropolitana, graduada em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador (1995). Assistente Social concursada pela Prefeitura Municipal de Salvador desde 1999, atualmente locada na UPA Hélio Machado (Itapuã). Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da Saúde, participa do GT de saúde Mental da Secretaria de Saúde de Salvador. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador. Integrante do Núcleo de Estudos sobre Educação e Direitos Humanos (NEDH/UCSAL).

Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8281647954124544>