



**Universidade Estadual do Oeste do Paraná**

**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL -PPGSS – NÍVEL DE  
MESTRADO**

**TÂNIA FLORIANO**

**A PROTEÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADOS À PESSOA  
IDOSA EM CÉU AZUL – PR.**

**TOLEDO – PR  
2021**

**TÂNIA FLORIANO**

**A PROTEÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADOS À PESSOA IDOSA EM  
CÉU AZUL – PR.**

Dissertação apresentada à banca examinadora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS, Nível de Mestrado da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE.

Linha de Pesquisa: Fundamentos do Serviço Social e do Trabalho do Assistente Social.

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosana Mirales.

**TOLEDO – PR  
2021**

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

FF635p FLORIANO, TÂNIA  
A PROTEÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADOS À  
PESSOA IDOSA EM CÉU AZUL ? PR. / TÂNIA FLORIANO;  
orientadora ROSANA MIRALES. -- Toledo, 2021.  
111 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de  
Toledo) -- Universidade Estadual do Oeste do  
Paraná, Centro de Ciências Sociais Aplicadas,  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2021.

1. PESSOA IDOSA. 2. POLÍTICA DE SAÚDE. 3.  
PROTEÇÃO SOCIAL. 4. QUESTÃO SOCIAL. I. MIRALES,  
ROSANA, orient. II. Título.

**TÂNIA FLORIANO**

**A PROTEÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADOS À PESSOA IDOSA EM  
CÉU AZUL – PR.**

Dissertação apresentada à banca examinadora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS, Nível de Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE.

**Banca examinadora**

Profa. Dra. Rosana Mirales  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE  
Orientadora

Profa. Pós-Dra. Esther Luíza de Souza Lemos  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE  
Membro Examinador

Profa. Dra. Maria Geusina da Silva  
Universidade Federal da Integração Latino-Americana -UNILA  
Membro Examinador

Toledo, 04 de março de 2021.

Dedico esta Dissertação à Deus, minha fortaleza, a quem devo todas as minhas conquistas, porque me guia e orienta com seu amor e cuidado, sempre me ensinando a dar um passo de cada vez e a não desistir dos meus objetivos.

Toda honra e glória a Ele!

## AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo querido, Marciano, por sua presença amorosa e apoio em todos os momentos. Obrigada! Amo você!

Ao meu filho amado, Otávio, presente de Deus, minha dose diária de alegria, fonte de força e estímulo.

A todos os participantes da pesquisa, as pessoas idosas e seus familiares, minha gratidão pela participação.

À Professora Dra. Rosana Mirales, pelo tempo dedicado à orientação desta dissertação. Obrigada.

À Professora Dra. Diuslene Rodrigues, por sua gentileza, empatia, profissionalismo e sua importante contribuição na construção dessa dissertação. Minha gratidão.

À Professora e Coordenadora do PPGSS Pós - Dra. Esther Luíza de Souza Lemos, pelo profissionalismo, empatia e delicadeza de sempre! Você é uma inspiração! Exemplo de profissional e de ser humano.

À Assistente da Coordenação do PPGSS Carmen Lucia Bordiguini Bordin, a Carminha, pela empatia...pelas palavras de encorajamento, que com certeza vieram no momento em que eu mais precisava e contribuíram para eu não desistir.

Aos professores do Mestrado, que através do ensino, contribuíram para minha formação e permitiram o meu amadurecimento teórico no campo do Serviço Social.

À Josiane Marcela, amiga de infância, Mestre em Serviço Social, que me acompanhou ao longo desses anos de estudo, sempre pronta a me escutar e me auxiliar, foram inúmeras mensagens trocadas, dúvidas, medos, desabafos...enfim, você foi muito importante nesse processo. Minha eterna gratidão.

À colega de curso Ana Neri, por sua doçura nos momentos de aflição em que eu procurava motivação para seguir. Com suas palavras, mesmo distante, você contribuiu muito para eu continuar a caminhada.

À Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul, pela minha liberação para a realização das disciplinas do curso de Mestrado e às colegas de trabalho Enfermeira Rosângela e Agentes Comunitárias de Saúde Juciane, Vani e Bruna pelas informações e auxílio para a realização da coleta de dados da pesquisa.

“Cabelos brancos são como uma coroa que mostram a experiência e a sabedoria de uma existência carregada de vivências...”

(Autor desconhecido)

Respeito e dignidade à todas as Pessoas Idosas!

## RESUMO

A dissertação intitulada: A Proteção Social nos Serviços de Saúde Voltados à Pessoa Idosa em Céu Azul – PR situa a análise realizada, na conjuntura do Estado brasileiro, perpassada pela tendência neoliberal de mercantilização das políticas sociais, dentre estas a Política de Saúde. Esta realidade, além de não assegurar a Política de Saúde da perspectiva de garantia de direitos, fragiliza a implementação dos serviços de saúde. Como os demais usuários da Política de Saúde, as pessoas idosas brasileiras enfrentam inúmeras dificuldades de acesso, qualidade e assistência integral à saúde na maior parte de suas vidas, principalmente, as pessoas idosas, classificadas pela Política de Saúde como ‘de risco frágil’, doravante denominadas como ‘pessoa idosa com classificação de risco frágil’, as quais encontram-se acamadas e/ou domiciliadas. Justifica-se, dessa forma, a necessidade de analisar a efetivação da proteção social nos serviços de saúde voltados a pessoa idosa, com classificação de risco frágil, atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul – PR. Para tanto, definiu-se como questão norteadora: Quais são as dificuldades que se apresentam para as famílias das pessoas idosas, com classificação de risco frágil, no atendimento à saúde na atenção básica? E a partir desta, definiu-se o objetivo geral e objetivos específicos, sendo o objetivo geral: Identificar quais são as dificuldades que se apresentam para as famílias das pessoas idosas, com classificação de risco frágil no atendimento à saúde na atenção básica. E os objetivos específicos: Contextualizar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI); Identificar a Política de Atendimento à Saúde da pessoa idosa na região oeste do Paraná e em Céu Azul-PR; Identificar a Rede de Atendimento à Saúde da pessoa idosa em Céu Azul-PR, situando os serviços para a pessoa idosa com classificação de risco frágil; Analisar como o cuidado a pessoa idosa com classificação de risco frágil é realizado em âmbito familiar; Analisar as facilidades e dificuldades no acesso à rede de serviços municipais e regionais de saúde e das políticas intersetoriais. Em relação à metodologia da pesquisa, procurou-se analisar o objeto deste estudo enquanto totalidade do real a partir das mediações contraditórias que permeiam a PNSPI, inserida na correlação de forças expressadas pelo mercado, Estado e sociedade civil. Trata-se de uma pesquisa aproximativa, exploratória e com aspectos metodológicos qualitativos. Para construir a pesquisa foram realizados levantamentos e seleções bibliográficas, pesquisa documental e a entrevista, que contou com um roteiro semi-estruturado. Esta dissertação é composta por três capítulos com os títulos: O primeiro, “Questão Social” e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o segundo: Problematizando a Classificação de Idoso frágil em Serviços de Saúde e o terceiro: A Proteção Social nos Serviços de Saúde Voltados à Pessoa Idosa em Céu Azul - PR. Os resultados da pesquisa e análise de dados demonstram que as pessoas idosas com classificação de risco frágil atendidas pela Política de Saúde, se deparam com serviços fragilizados e fragmentados, o que compromete o princípio da integralidade da saúde, descumprindo as conquistas do SUS e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), não efetivando, assim, a proteção social garantida na Constituição Federal de 1988. Portanto, comprova-se que o sistema econômico vigente, não prima pela materialização do direito à saúde da pessoa idosa, pois reforça a continuidade de ações agudas e imediatistas, que comprometem a qualidade dos serviços de saúde voltados a esse segmento populacional.

**Palavras-chave:** Política de Saúde, Pessoa idosa, Questão Social, Proteção Social.

FLORIANO, Tânia. **Social protection in health services for the elderly in Céu Azul - PR.** 111 p. Dissertation (Master in Social Work). State University of Western Paraná, Toledo, 2021.

### ABSTRACT

The dissertation entitled: Social Protection in Health Services Aimed at the Elderly in Céu Azul – PR places the analysis in the context of the Brazilian State, permeated by the neoliberal trend of commodification of social policies, including the Health Policy. , in addition to not ensuring the Health Policy from the perspective of guaranteeing rights, it weakens the implementation of health services. Like other users of the Health Policy, Brazilian elderly people face numerous difficulties in accessing, quality and comprehensive health care for most of their lives, especially elderly people, classified by the Health Policy as 'weak risk', hereinafter referred to as 'elderly person with frail risk classification', who are bedridden and/or domiciled. This justifies the need to analyze the effectiveness of social protection in health services aimed at the elderly, with a fragile risk classification, served by the Municipal Health Department of Céu Azul – PR. Therefore, the following guiding question was defined: What are the difficulties faced by the families of elderly people, with a fragile risk classification, in health care in primary care? And from this, the general objective and specific objectives were defined, with the general objective being: To identify the difficulties faced by the families of elderly people, with fragile risk classification in health care in primary care. And the specific objectives: Contextualize the National Health Policy for the Elderly (PNSPI); Identify the Health Care Policy for the elderly in the western region of Paraná and in Céu Azul-PR; Identify the Health Care Network for the elderly in Céu Azul-PR, locating services for the elderly with a fragile risk classification; To analyze how the care of elderly people with a fragile risk classification is carried out in the family environment; Analyze the facilities and difficulties in accessing the network of municipal and regional health services and intersectoral policies. Regarding the research methodology, we sought to analyze the object of this study as a totality of reality from the contradictory mediations that permeate the PNSPI, inserted in the correlation of forces expressed by the market, the State and civil society. It is an approximate, exploratory research with qualitative methodological aspects. To build the research, bibliographical surveys and selections, documental research and the interview were carried out, which had a semi-structured script. This dissertation is composed of three chapters with the titles: The first, "Social Question" and National Health Policy for the Elderly, the second: Problematizing the Classification of Frail Elderly in Health Services and the third: Social Protection in Health Services Health Aimed at the Elderly in Céu Azul - PR. The results of the research and data analysis demonstrate that elderly people with frail risk classification attended by the Health Policy face fragile and fragmented services, which compromises the principle of comprehensive health, violates the achievements of the SUS and the Policy National Health Care for the Elderly (PNSPI), thus not effecting the social protection guaranteed in the Federal Constitution of 1988. Therefore, it is proven that the current economic system does not prioritize the materialization of the elderly person's right to health, as it reinforces the continuation of acute and immediate actions, which compromise the quality of health services aimed at this population segment.

**Key words:** Health Policy, Elderly, Social Issues, Social Protection.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Mapa da 10ª Regional de Saúde da SESA – PARANÁ.....	58
<b>Figura 2</b> - Mapa do Município de Céu Azul e Municípios Limítrofes.....	62

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Protocolo de Identificação da Pessoa Idosa Vulnerável.....	44
<b>Quadro 2</b> -Estratificação de Risco e Grau de Fragilidade da Saúde da Pessoa Idosa.....	45
<b>Quadro 3-</b> Índice de Vulnerabilidade Clínico – Funcional -20.....	47
<b>Quadro 4</b> - Demonstrativo das Equipes da Estratégia Saúde da Família, Implantadas e Habilitadas no Município de Céu Azul - PR.....	63
<b>Quadro 5</b> - Dados Pessoais da Pessoa Idosa.....	68
<b>Quadro 6</b> - Número de Consultas Básicas, Consultas Especializadas e Frequência das Consultas.....	69
<b>Quadro 7</b> -Especialidades Médicas Acessadas pela Pessoa Idosa.....	69
<b>Quadro 8</b> -Patologias Apresentadas pela Pessoa Idosa.....	70
<b>Quadro 9</b> – Escolaridade e Profissão dos Familiares Cuidadores Entrevistados.....	83
<b>Quadro 10</b> – Condição de Saúde da Pessoa Idosa.....	87
<b>Quadro 11</b> - Fragilidades Apresentadas pela Pessoa Idosa.....	87
<b>Quadro 12</b> – Atendimento de Saúde a Pessoa Idosa.....	89
<b>Quadro 13</b> - Dificuldades para Realizar o Cuidado da Pessoa Idosa .....	91
<b>Quadro 14</b> - Período de Tempo, Condição de Saúde e Responsabilidade pelo Cuidado da Pessoa Idosa.....	93
<b>Quadro 15</b> - Entendimento dos Familiares Cuidadores Entrevistados sobre Proteção Social.....	95

## LISTAS DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Idade da Pessoa Idosa.....</b>	<b>72</b>
<b>Tabela 2 - Escolaridade da Pessoa Idosa.....</b>	<b>75</b>
<b>Tabela 3 - Profissão da Pessoa Idosa.....</b>	<b>76</b>
<b>Tabela 4 – Renda Familiar.....</b>	<b>77</b>
<b>Tabela 5 - Composição Familiar.....</b>	<b>79</b>
<b>Tabela 6 - Grau de Parentesco Com o(a) Familiar Cuidador (a) Entrevistado(a).....</b>	<b>81</b>
<b>Tabela 7- Idade dos Familiares Cuidadores Entrevistados.....</b>	<b>85</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Sexo da Pessoa Idosa.....	74
<b>Gráfico 2</b> – Situação Habitacional da Pessoa Idosa.....	78
<b>Gráfico 3</b> – Sexo dos Familiares Cuidadores (as) Entrevistados (os).....	82

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS Agente Comunitário de Saúde  
APAE Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.  
AVC Acidente Vascular Cerebral  
BPC Benefício de Prestação Continuada  
CFESS Conselho Federal de Serviço Social  
CISOP Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná  
CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNI Conselho Nacional do Idoso  
CNS Conselho Nacional de Saúde  
CRAS Centro de Referência de Assistência Social  
CREAS Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica  
EJA Programa Educação de Jovens e Adultos  
ESB Estratégia de Saúde Bucal  
ESF Estratégia Saúde da Família  
FNI Fundo Nacional da pessoa idosa  
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
ILPI Instituição de Longa Permanência para Idosos  
IPARDES Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social  
IVCF – 20 Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional - 20  
LOS Lei Orgânica da Saúde  
LOAS Lei Orgânica da Assistência Social  
NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
OIT Organização Internacional do Trabalho  
OMS Organização Mundial de Saúde  
PEP Prontuário Eletrônico do Paciente  
PIB Produto Interno Bruto  
PNAB Política Nacional de Atenção Básica  
PNAS Política Nacional da Assistência Social  
PNI Política Nacional do Idoso

PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde  
PNSPI Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa  
PPGSS Programa de Pós-Graduação em Serviço Social  
PSF Programa Saúde da Família  
RAS Rede de Atenção à Saúde  
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SESA-PR Secretaria da Saúde do Estado do Paraná  
SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica  
SIGSS Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde  
SIM-PR Serviço Integrado de Saúde Mental  
SUS Sistema Único de Saúde  
UBS Unidade Básica de Saúde  
VES-13 Protocolo de Identificação da pessoa idosa Vulnerável/ Vulnerable Elders Survey

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>1. “QUESTÃO SOCIAL” E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....</b>	<b>20</b>
1.1 CONCEPÇÃO DE "QUESTÃO SOCIAL" .....	20
1.2 POLÍTICA SOCIAL E SEGURIDADE SOCIAL.....	23
1.3 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÕES A PARTIR DA PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	28
1.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	35
<b>2. PROBLEMATIZANDO A CLASSIFICAÇÃO DE PESSOA IDOSA FRÁGIL EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b>	<b>39</b>
2.1 O CRESCIMENTO POPULACIONAL DA PESSOA IDOSA NO BRASIL.....	39
2.2 A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FRÁGIL.....	42
2.3 A PROTEÇÃO SOCIAL DA PESSOA IDOSA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FRÁGIL.....	51
<b>3. A PROTEÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADOS À PESSOA IDOSA EM CÉU AZUL – PR.....</b>	<b>55</b>
3.1 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	56
3.2 POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ.....	60
3.3 O PERFIL DA PESSOA IDOSA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FRÁGIL NO MUNICÍPIO DE CÉU AZUL – PR.....	67
3.4 O CUIDADO DA PESSOA IDOSA EM ÂMBITO FAMILIAR.....	71
3.4.1 A PESSOA IDOSA.....	71
3.4.2 OS FAMILIARES CUIDADORES.....	82
3.4.3 NECESSIDADES EM PROTEÇÃO SOCIAL DA PESSOA IDOSA ACAMADA E DOMICILIADA.....	86
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXOS -.....</b>	<b>110</b>

<b>ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO CEP.....</b>	<b>111</b>
--	------------

## INTRODUÇÃO

Na atual conjuntura brasileira, o Estado é atravessado pela tendência neoliberal de mercantilização das políticas sociais, sobretudo a Política de Saúde. As pessoas têm sido não só testemunhas, mas vítimas de um Estado descompromissado com a realidade da população, e isso se dá desde os tempos da colonização do Brasil. Tal realidade, além de desviar a Política de Saúde da perspectiva de garantia de direitos, fragiliza a implementação dos serviços de saúde, tornando suas ações cada vez mais precarizadas.

A sociedade brasileira, principalmente a classe trabalhadora, ainda carece de compreensão sobre os objetivos das funções estatais, como por exemplo, a função de proteção social. O que resulta em uma maior dificuldade de acesso aos direitos sociais.

Alguns segmentos da população brasileira sofrem sobremaneira no seu cotidiano com o resultado das ações do Estado, que são pensadas e desenvolvidas para atender os interesses capitalistas. Um desses segmentos é a população composta por pessoas idosas.

Como os demais usuários da Política de Saúde no Brasil, as pessoas idosas enfrentam inúmeras dificuldades de acesso, qualidade e assistência integral à saúde e aos demais direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988, vivenciam um nível de qualidade de vida insuficiente para o desenvolvimento saudável na maior parte de suas vidas, principalmente, as pessoas idosas classificadas pela Política de Saúde, como de ‘risco frágil’, o que contribui para uma velhice limitante, que tem impossibilitado muitas pessoas idosas de gozar da longevidade com plenitude.

Além das pessoas idosas, quem também se inclui na questão são familiares cuidadores, que, em muitos casos, também são pessoas idosas, as quais, por falta de apoio, sobretudo no que concerne à Política de Saúde, acabam também por sofrerem as consequências da falta de suporte social por parte do Estado.

Diante desse contexto, considerando a necessidade de investigações sobre a efetivação da proteção social nos serviços de saúde voltados à pessoa idosa, justifica-se a realização dessa pesquisa, intitulada: A proteção social nos serviços de saúde voltados à pessoa idosa em Céu Azul – PR.

Destaca-se ainda que o interesse pela temática do estudo, se evidenciou a partir da experiência vivenciada pela pesquisadora, com o trabalho desenvolvido como Assistente Social, no âmbito da Política de Saúde no município de Céu Azul - PR.

Para tanto, definiu-se como questão norteadora da pesquisa: Quais são as dificuldades que se apresentam para as famílias das pessoas idosas, com classificação de risco frágil, no atendimento à saúde na atenção básica? Para responder à questão norteadora, a pesquisa subdividiu-se em etapas menores, a saber:

- a) Contextualizar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI);
- b) Identificar a Política de Atendimento à Saúde da pessoa idosa em Céu Azul-PR;
- c) Identificar a Rede de Atendimento à Saúde da pessoa idosa em Céu Azul-PR, situando os serviços para a pessoa idosa com classificação de risco frágil;
- d) Analisar como o cuidado da pessoa idosa, com classificação de risco frágil, é realizado em âmbito familiar, bem como levantar o perfil dessas pessoas;
- e) Analisar as facilidades e dificuldades no acesso à rede de serviços municipais e regionais de saúde e das políticas intersetoriais.

Em relação à metodologia, trata-se de uma pesquisa exploratória, aproximativa e qualitativa. Para construí-la se realizaram levantamentos e seleções bibliográficas e a verificação documental, e como instrumento principal para realizar as entrevistas com os familiares das pessoas idosas, se adotou o roteiro semi-estruturado.

No capítulo 1, que tem como título “*Questão Social*” e *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*, apresentam-se algumas reflexões acerca da concepção de “questão social”, bem como contextualiza-se as políticas sociais, em especial, a Política de Saúde no Brasil e sua trajetória como política componente da Seguridade Social, sobretudo a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Aborda-se sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e demais legislações, as quais garantem os direitos da pessoa idosa no Brasil.

Já no capítulo 2, *Problematizando a Classificação de Idoso Frágil em Serviços de Saúde*, realiza-se uma reflexão sobre o envelhecimento populacional no Brasil, trazendo uma discussão a respeito das mudanças no perfil demográfico no país, focando na pessoa idosa. Além disso, busca-se compreender os instrumentos utilizados pela Política de Saúde para classificar a condição de saúde da pessoa idosa, no tocante a proteção social dessa parcela da população, sobretudo as pessoas idosas classificadas como “de risco frágil” e envolvendo seu entendimento, seja no cuidado dispensado à pessoa idosa no ambiente familiar ou no desenvolvimento das políticas sociais, com destaque para a Política de Saúde.

Foi evidenciado pela investigação realizada, a busca pela Política de Saúde em classificar os usuários idosos, sendo uma delas, a estratificação por fragilidade apresentada em sua condição de saúde. Esta não é uma questão nova, se apresentando no debate sobre as políticas sociais e fazendo parte das preocupações cotidianas do exercício profissional do

Assistente Social. Por isso, ao se buscar compreender a classificação de ‘idoso frágil’, também se ampliou a reflexão, buscando incorporar aspectos que problematizem a questão.

No capítulo 3, *A Proteção Social nos Serviços de Saúde Voltados à Pessoa Idosa em Céu Azul - PR*, explicita-se os resultados e discussões da pesquisa realizada, bem como seu percurso metodológico. Apresentam-se aspectos da Política de Saúde voltada a pessoa idosa na região oeste do Paraná, buscando expor uma reflexão no tangente às dificuldades que se apresentam para as famílias das pessoas idosas, com classificação de risco frágil, no âmbito da proteção social, a partir da Política de Saúde. Para tanto, analisa-se o perfil das pessoas idosas e seus respectivos familiares cuidadores, bem como o discurso apresentado pelos mesmos nas entrevistas que compõem os dados da pesquisa realizada.

Por fim, nas considerações finais, almeja-se apresentar um panorama do conhecimento produzido por meio da pesquisa, com apontamentos e indagações pertinentes à proposição desta dissertação.

## 1. “QUESTÃO SOCIAL” E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.

Este capítulo tem como proposta discorrer inicialmente a “questão social”, base para o surgimento do Serviço Social, e em seguida fazer um histórico da Política de Saúde, a partir da década de 1990, como integrante da seguridade social<sup>1</sup> brasileira, apresentando e enfatizando neste contexto a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Pretende-se, portanto, apresentar aqui um panorama sobre a temática, supramencionada, sem intenção de esgotar o assunto, mas demarcando-o como um eixo importante que ordena os estudos que envolvem o Serviço Social, enquanto profissão e o direito à saúde da pessoa idosa.

### 1.1 CONCEPÇÃO DE "QUESTÃO SOCIAL"

Os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do Serviço Social embasam-se na teoria social marxista, que tem a "questão social" como dimensão constitutiva. O debate em torno da "questão social" consiste num dos elementos teórico-metodológicos centrais da análise crítica da inserção do Serviço Social na realidade contemporânea.

Conforme afirma Pastorini (2004), a “questão social” surge no final do século XIX, com a eclosão do pauperismo, na Europa Ocidental, designando o fenômeno de pobreza crescente entre os membros da classe operária.

Corroborando com esta afirmação, entende-se que a "questão social" define-se como

[...] as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão. (IAMAMOTO E CARVALHO, 2011, p. 77).

---

<sup>1</sup> “[...] a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (PEREIRA, 2002, p. 175)

A propósito, a instauração da sociedade de classes, desigualdades/contradições sociais, econômicas, políticas e culturais, emergiram por meio da relação capital – trabalho, em um processo de alienação e exploração da mão-de-obra dos trabalhadores<sup>2</sup>. Esse contexto agravou os conflitos entre as classes sociais e entre estas e o Estado, trazendo à tona suas expressões.

[...] as manifestações concretas e imediatas da “questão social” têm como contraface a lei geral da acumulação capitalista desenvolvida por Marx em *O capital*. Ou seja, as principais manifestações da “questão social” – a pauperização, a exclusão, as desigualdades sociais – são decorrências das contradições inerentes ao sistema capitalista, cujos traços particulares vão depender das características históricas da formação econômica e política de cada país e/ou região. (PASTORINI, 2004, p. 97)

A “questão social” está, inegavelmente, atrelada ao capitalismo, ou seja, suas expressões são resultado deste, que conduz a sociedade e determina as relações sociais. Por conseguinte, a busca do capitalismo pela produção e reprodução de riquezas sociais, leva a classe trabalhadora à alienação, ou seja, o trabalhador vende a sua força de trabalho ao capital. Contudo, não tem acesso aos bens que ele mesmo produz, sendo compreendido apenas como mais um custo dentro do processo produtivo, assim, por exemplo, como máquinas e ferramentas de trabalho.

Partindo da tradição marxista e de seu processo de produção intelectual acerca dos processos sociais, é possível compreender que:

O regime capitalista de produção é tanto um processo de produção das condições materiais da vida humana, quanto um processo que se desenvolve sob relações sociais - histórico-econômicas de produção específicas. Em sua dinâmica produz e reproduz seus expoentes: suas condições materiais de existência, as relações sociais contraditórias e formas sociais através das quais se expressam. Existe, pois uma indissociável relação entre a produção dos bens materiais e a forma econômico-social em que é realizada, isto é, a totalidade das relações entre os homens em uma sociedade historicamente particular, regulada pelo desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social. (IAMAMOTO, 2001, p. 12)

O valor atribuído pelo capitalismo ao modo de vida dos sujeitos sociais determina o seu posicionamento na sociedade de classes. Isto ocorre devido a inserção social dos mesmo ser

---

<sup>2</sup> “[...] a alienação do operário no seu objeto exprime-se, segundo as leis nacional-econômicas, em modo tal que quanto mais o operário produz, tanto menos tem para consumir, em que quanto mais valores ele cria tanto mais desvalorizado e indigno ele se torna, em que quanto mais civilizado o seu objeto tanto mais bárbaro o operário, em que quanto mais poderoso o trabalho tanto mais impotente o operário, em que quanto mais pleno de espírito o trabalho tanto mais sem espírito e servo da natureza se torna o operário.” (MARX, 1993, p. 64)

originalmente determinada pelo fator econômico e por seu valor de uso e de consumo dentro do sistema capitalista.

Ao se falar em "questão social" é preciso também considerar as particulares formas de luta e de resistência existentes no contexto social, a nível mundial. Se tratando da realidade do Brasil, país localizado na América Latina, o debate sobre a "questão social" teve origem no processo de transição que ocorreu no país, de agrícola-comercial para agrícola-industrial, estabelecendo novas relações entre capital e trabalho e novas aspirações da massa de trabalhadores. Neste mesmo sentido,

[...] para explicar a “questão social” no Brasil, não basta identificar as categorias centrais ao modo de produção capitalista — a relação antagônica entre capital e trabalho, por exemplo — que compõem o nível da universalidade. Há que acrescentar a esse nível a singularidade dos componentes dessa sociedade enquanto formação social concreta, para que se tenha condições de dimensionar suas particularidades enquanto mediações centrais das expressões da “questão social”. (SANTOS, 2012, p. 433)

Considerando essa afirmação, entende-se que a "questão social" no Brasil é representada pelas relações sociais, principalmente, nas dimensões política, econômica e cultural, tendo de um lado a concentração de riqueza de classes e setores sociais dominantes e de outro a pobreza generalizada de outras classes e setores sociais que constituem a maioria da população.

No que se refere ao estudo da “questão social”, ressalta-se que a “questão social” e as políticas sociais imbricam-se; trata-se de dois lados de uma mesma moeda, enquanto o primeiro é a ação (da classe operária), o segundo (a burguesia e Estado) é o resultado do processo produtivo e reprodutivo de exploração da classe operária.

Ademais, a apreensão sóciohistórica, política e econômica das categorias “questão social” e política social é basilar para a leitura crítica sobre as demandas que se apresentam no cotidiano profissional do Assistente Social, não como aspectos individualizados e fragmentados da totalidade social, mas, inseridas em uma dada sociedade capitalista que apresenta múltiplas contradições que se materializam através de expressões multifacetadas da “questão social”.

Em contrapartida, para amenizar os conflitos sociais advindos da relação entre capital e trabalho, o Estado utiliza de sua autonomia, e cria estratégias para que os interesses da burguesia não sejam afetados. Essa postura do Estado, é explicitada nas considerações a seguir:

[...] para dar conta das crescentes demandas sociais – advindas, principalmente, da “questão social”, então desencadeada – a que se viu obrigado a responder, o Estado capitalista, até por uma questão de sobrevivência, renunciou à sua posição equidistante de árbitro social para tornar-se francamente interventor. E, nesse papel, ele passou não só a regular com mais veemência a economia e a sociedade, mas também a empreender ações sociais, prover benefícios e serviços e exercer atividades empresariais. (PEREIRA, 2002, p. 30)

Os fenômenos que expressam a “questão social” são de ordem política, social, econômica e cultural, sendo esta visível no Sistema de Proteção Social a partir das relações sociais marcadas pelas desigualdades sociais.

O processo de urbanização, somado ao da industrialização, deu origem ao empobrecimento do proletariado, mas ao mesmo tempo, contribuiu para que a classe trabalhadora compreendesse a sua condição de exploração e iniciasse o processo de contestação da mesma. Por isso, a “questão social” atingiu contornos problemáticos, em especial para a sociedade burguesa, que para enfrentá-la recorreu à implementação de políticas sociais.

Dentre as políticas sociais existentes, está a Política de Saúde, a qual essa dissertação se debruça. Desse modo, para efetiva compreensão da trajetória dessa política, é necessário, primeiramente, situá-la como política social componente da seguridade social no Brasil.

## 1.2 POLÍTICA SOCIAL E SEGURIDADE SOCIAL

O Brasil é um país latino-americano, populoso, extenso, economicamente relevante e extremamente desigual. As desigualdades socioeconômicas com raízes no passado colonial, não foram superadas pela modernização capitalista, caracterizada pela industrialização em segmentos estratégicos, em geral, sob regimes autoritários e escassa redistribuição social.

As transformações que ocorreram na sociedade, na virada do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista provocaram o aumento da conflitividade em consequência do desemprego, das precárias condições de vida e da queda do salário real. Concomitantemente, refletida no aumento da organização popular e principalmente sindical, exigiu da classe hegemônica, uma posição para legitimar o sistema socioeconômico e político que a sustenta.

Para isto, a hegemonia burguesa ampliou o Estado, intervindo econômica e politicamente, proporcionando um conjunto de condições necessárias ao acúmulo e valorização do capital monopolista.

De acordo com essas mudanças no âmbito da intervenção social do Estado, em meados de 1930, as políticas sociais no Brasil foram surgindo, de forma lenta, em diversos âmbitos, para atender às demandas sociais emergentes.

A política social é entendida “[...] como conjunto integrado de ações, como dever do Estado e como direito do cidadão.” (PEREIRA, 2002, p. 173). É compreendida portanto, como resposta do Estado às expressões da “questão social”, resultado de relações complexas, de interesses contraditórios entre a sociedade civil e o Estado, própria da luta de classes, englobando a produção e reprodução do modo de produção capitalista.

Partindo da compreensão de política social, enfatiza-se esta a partir do processo de redemocratização no Brasil, que tem na Constituição Federal de 1988, seu marco legal-formal. E de fato, foi a partir desta que inaugurou-se um novo momento do Estado brasileiro e também de suas políticas sociais.

Behring (2009), afirma que a política social não se funda sob o capitalismo com redistribuição de renda e riqueza, mas que, sobretudo, a política social ocupa certa posição política e econômica. Historicamente, a economia política se movimenta a partir de condições objetivas e subjetivas, assim o significado da política social não pode ser analisado somente pelo viés de sua inserção objetiva no sistema capitalista e nem pela disputa de interesses dos sujeitos que se movem nas definições das políticas sociais.

As políticas sociais apresentadas como respostas do Estado, no intuito de amenizar as desigualdades sociais e a pobreza gerada pelo modo de produção capitalista, são estrategicamente limitadas pelo próprio Estado. Situadas em uma sociedade regida pelo sistema capitalista não diminuem o abismo da desigualdade entre riqueza e pobreza, gerando assim a dependência social das mesmas e a manutenção dos interesses do capital.

Em suma, as tendências que operam o campo das políticas sociais no Brasil são:

[...] - a desresponsabilização do Estado e do setor público com a política social de redução da pobreza articulada coerentemente com outras políticas sociais (de trabalho, emprego, saúde, educação e previdência), o combate a pobreza opera-se como uma política específica; - a desresponsabilização do Estado e do setor público, concretizada em fundos reduzidos, correspondente à responsabilização abstrata da “sociedade civil” e da “família” pela ação assistencial; enorme relevo é concedido às organizações não governamentais e ao chamado terceiro setor; - desdobra-se o Sistema de Proteção Social: para aqueles segmentos populacionais que dispõem de alguma renda, há a privatização/mercantilização dos serviços que podem recorrer; para os segmentos mais pauperizados, há serviços públicos de baixa qualidade; a política voltada para a pobreza é prioritariamente emergencial, focalizada e, no geral, reduzida a dimensão assistencial. (NETTO apud BEHRING, 2009, p.318).

Entre essas políticas, merece destaque especial a Política de Seguridade Social, não apenas pela sua importância como política pública, mas, também, pelos elementos contraditórios que encerram o seu processo de constituição e desenvolvimento, ou seja, que contribuem para o chamado desmonte da Seguridade Social.

Considerando o contexto mencionado acima, faz-se importante refletir sobre a criação da Política de Seguridade Social, que conforme disposto na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 194, "[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social."(BRASIL, 2012, p. 107)

Nesses termos, a definição da Política de Seguridade Social, como conceito organizador da proteção social brasileira, foi uma das mais relevantes na Constituição Federal de 1988. Nesta, definiu-se a ampliação da cobertura do sistema previdenciário, a flexibilização do acesso aos benefícios para os trabalhadores rurais, reconheceu-se a assistência social como política pública, que opera tanto serviços como benefícios sociais e consolidou a universalização do atendimento à saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mais que a ampliação da abrangência de cada uma das políticas supramencionadas, a relevância do tratamento constitucional neste campo, deve-se ao fato de representar a instauração das bases para um Sistema de Proteção Social no país.

Nesse sentido, a criação da Política de Seguridade Social permite afirmar que muitos avanços foram alcançados no terreno do direito. Entretanto, também foram impostos aos cidadãos restrições ao acesso, sendo a previdência social concedida aos trabalhadores contribuintes, à assistência social aos que comprovassem necessidade e a apenas a saúde de forma universal. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011).

O conceito de Seguridade Social foi, inicialmente, desenvolvido na Convenção 102, de 1952, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), conforme o disposto:

[...] a proteção social que a sociedade proporciona aos seus membros, mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais que, de outra maneira, provocariam o desaparecimento ou forte redução dos seus rendimentos em consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho, enfermidade profissional, emprego, invalidez, velhice e morte, bem como de assistência médica e de apoio à família com filhos. (BRASIL, 2008, p. 2)

Baseado nesse conceito foi escrito o capítulo dedicado à Seguridade Social na Constituição Federal de 1988. Esse registro determinou que:

**Parágrafo único.** Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. (BRASIL, 2012, p.136)

Faz-se importante enfatizar que as características do Modelo Bismarckiano predominam na Política de Previdência Social brasileira, e as características do Modelo Beveridgiano orientam o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência social (SUAS).

O Modelo Bismarckiano caracteriza-se como:

[...]sistema de seguros sociais, e suas características assemelham-se à de seguros privados. Em relação aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores contribuintes e suas famílias; o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada. Quanto ao financiamento, os recursos provêm fundamentalmente das contribuições diretas de empregados e empregadores, baseadas na folha de salários. Quanto à gestão, os seguros eram originalmente organizados em caixas estruturadas por tipos de risco social: caixas de aposentadorias, caixas de seguro – saúde, e assim por diante, e eram geridos pelos contribuintes, ou seja, por empregadores e empregados. (BOSCHETTI e BEHRING, 2011, p. 66)

No modelo de Seguridade Social pautado no Modelo Bismarckiano, que tem sua gênese na Alemanha bismarckiana no final do século XIX, o trabalhador deve contribuir com uma parte de seus ganhos para poder ter benefícios. Contudo, não contempla todos os cidadãos, mas apenas os trabalhadores estáveis, inseridos no mercado formal de trabalho e os que dela comprovarem necessidade, devido à situação de vulnerabilidade social.

No sistema beveridgiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade. O financiamento é proveniente dos impostos fiscais, e a gestão é pública, estatal. Os princípios fundamentais são a unificação institucional e uniformização dos benefícios. (BOSCHETTI, 2009, p. 2).

O Modelo Beveridgiano que é originário da Inglaterra, no período do pós-guerra, pautava-se na garantia de um nível de vida mínimo, abaixo do qual ninguém deveria viver.

Estes dois modelos fazem frente às duas grandes tendências lógicas com que os sistemas de seguridade social apresentam: a lógica do seguro corporativo e a lógica da seguridade social universal e integral. No primeiro caso, trata-se de uma tendência liberal -individualizante, onde a cobertura é dada a quem contribui, isto é, restringe-se a um determinado segmento de trabalhadores contribuintes, ou simplesmente individualizada por contas capitalizadas, em geral administradas por empresas privadas. No segundo caso, tem-se uma tendência mais social-coletivizante, onde todos têm acesso incondicionalmente ou a partir de determinadas contribuições, mas garantindo aos que não contribuem os mínimos sociais em condições de necessidade. (PEREIRA, 2007).

Assim, o que se tem denominado de desmonte da seguridade social, é o deslocamento de lógicas no sentido social-coletivizante para liberal-individualizante, sendo o ajuste neoliberal o principal fator causal desse deslocamento. (BOSCHETTI, 2006)

E o que denomina-se de ajuste neoliberal pode ser entendido como um modelo econômico de gestão estatal, estipulado a partir de determinados ajustes nas políticas econômicas, com uma marcante renovação do processo de acumulação capitalista e mercantilização das relações de trabalho e a ampliação do modelo assistencialista, que contribui para a desproteção dos sujeitos sociais, sejam eles trabalhadores ou os que se encontram as margens do mundo do trabalho.

Diante das desigualdades sociais, cada vez mais agudas, o Modelo de Seguridade Social vigente está longe de atender às necessidades da população brasileira.

O Estado Brasileiro não se pautou na realidade social para garantir a Seguridade Social pensada como proteção social dispensada pelo Estado, para atender às necessidades do cidadão, pelo contrário, continuou priorizando as necessidades do sistema capitalista em detrimento das necessidades da classe trabalhadora. (BOSCHETTI, 2016).

Ademais, não há urgência em efetivar e/ou ampliar direitos. Porém, há urgência pelo desmonte da Seguridade Social como desculpa para a reestruturação do próprio Estado burguês, e com este, um grande retrocesso social. Em contrapartida, a classe trabalhadora vem sofrendo duros golpes no que se refere aos direitos sociais, frente a seus princípios originários e tem se deparado com uma política social e econômica recortada.

Nas condições socioeconômicas supramencionadas, entende-se que o Estado faz escolhas políticas, privilegiando o atendimento aos interesses da burguesia e, opta assim, por não mexer na concentração de riquezas.

Essa posição adotada pelo Estado, demonstra claramente que o fundamento da “questão social” está alicerçado na forma de produção da riqueza que, na sociedade capitalista, se sustenta sobre a propriedade privada profissão dos meios de produção e nas contradições de classe. Isto posto, cabe aos sujeitos sociais a construção e a transformação das relações sociais.

Nesta luta por justiça social, junto a classe trabalhadora, tem-se o Serviço Social, como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, que têm o compromisso de mediar as relações entre Estado, trabalhadores e Capital e contribuir para o gerenciamento das políticas sociais, por meio do trabalho do profissional Assistente Social.

“O Serviço Social tem como tarefa decifrar as formas e expressões da questão social na contemporaneidade e atribuir transparência às iniciativas voltadas à sua reversão ou enfrentamento imediato”. (IAMAMOTO, 2001, p.28)

É sob essa perspectiva que o Assistente Social constrói suas possibilidades de exercício da prática profissional que é, ao mesmo tempo, um contínuo confronto com as reduções que se processam no caminho da igualdade social e uma ação que busca estender o mais possível o alcance do direito.

Dentre as políticas sociais componentes da Seguridade Social, cabe aprofundar aqui a reflexão sobre a Política de Saúde, justo porque, como já mencionado neste capítulo, caracteriza-se como campo de estudo desta dissertação.

### 1.3 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÕES A PARTIR DA PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é definida como “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade.” (2020, p.1).

De acordo com a definição exposta, compreende-se que a saúde não deve ser entendida como resposta à doença, baseada em ações preventivas ou curativas. Mas deve ser compreendida em sua integralidade, nesse sentido, o conceito ampliado de saúde faz referência à:

[...]teoria da produção social da saúde que se baseia na idéia de saúde como produto social resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, fundamentando o conceito de saúde como expressão de qualidade de vida. (MENDES, 1999, p. 67)

Portanto, se a saúde é expressão de qualidade de vida, entende-se que esta é resultante da inserção dos indivíduos na vida em sociedade, contexto cultural e valores apreendidos e vivenciados, e em relação aos seus objetivos e expectativas. Envolve ainda o bem estar espiritual, físico, mental e emocional, além dos relacionamentos sociais e das condições de alimentação, habitação, saneamento básico, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde, etc.

Considerando o extenso histórico da Política de Saúde no Brasil e considerando as limitações deste estudo, bem como seus objetivos, se propõe aqui um recorte histórico, para refletir especificamente sobre a Política de Saúde a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, enfatizando a tensão entre os dois projetos para a saúde em disputa: o Projeto voltado ao mercado e o Projeto da Reforma Sanitária; a implementação do SUS, e o amparo legal da Política de Saúde com enfoque para a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), visto que este estudo tem como intuito discutir a proteção social nos serviços de saúde voltados à pessoa idosa.

Primeiramente para entender esses dois projetos articulados a Política de Saúde: Projeto voltado ao mercado e o Projeto da Reforma Sanitária, se faz necessário ter a clareza de quais são seus principais objetivos. Em relação ao Projeto voltado ao mercado pode-se afirmar segundo Bravo que

[...] está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta: descentralização com inserção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. (2000, p. 113)

O Projeto voltado ao mercado tem como objetivo principal a manutenção de interesses privados e empresariais, dessa maneira prega o Estado mínimo no âmbito social, por meio de uma Política de Saúde não universalista que visa serviços de saúde gratuitos apenas para os que não tem condições financeiras para pagá-los.

Uma vez que apenas os sujeitos sociais considerados incapazes de pagar pelos serviços de saúde têm o direito de usufruir do sistema de saúde proposto pelo Projeto voltado ao mercado, os sujeitos sociais considerados possuidores do acesso a serviços de saúde particulares, não têm o direito de usufruir desse sistema de saúde e ficam a cargo do setor privado e empresarial.

Por meio dessas considerações é possível entender que o Projeto voltado ao mercado é mais um aliado da manutenção da lógica capitalista, pois, o mesmo não tem a intenção de contribuir para consolidar a saúde como direito universal, mas sim em fazer dos serviços de saúde um mercado.

Já o Projeto da Reforma Sanitária, conforme afirma Bravo (2000), teve espaço em um contexto de crise do Estado e democratização do País, e diferentemente do Projeto voltado ao mercado, representou um movimento importantíssimo no sentido da construção de um sistema de saúde universal, tendo proposições concretas, fundamentadas no reconhecimento da saúde como direito de cidadania e na inserção da Política de Saúde em uma lógica abrangente de seguridade social. Dentre estas proposições, faz-se importante destacar: a saúde como direito de todo o cidadão, independente de contribuição; a garantia do acesso da população às ações de cunho preventivo e curativo, integradas em um único sistema; a descentralização da gestão, administrativa e financeira; e o controle social das ações de saúde.

É inegável também a grandiosa contribuição da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, que “[...] contou com a participação de cerca de 4.500 pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade.” (BRAVO, 2000, p. 109)

Através dessa luta, fortalecida pelo Projeto da Reforma Sanitária, para a efetivação da saúde como direito social e dever do Estado, a Política de Saúde foi incorporada à Constituição Federal de 1988, que definiu os seguintes princípios para a organização e operacionalização da Política de Saúde no Brasil:

Universalidade: A defesa de que toda pessoa, independentemente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos de saúde. Descentralização: A compreensão de que a política pública de saúde deve se dar de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local. Sem com isso desobrigar os estados e o governo federal. Hierarquização: Que os serviços de saúde sejam estruturados de maneira que haja uma ordenação da prestação de acordo com as demandas apresentadas. Integralidade: A compreensão de que o atendimento deve entender o homem enquanto uma totalidade, bem como a articulação entre os saberes envolvidos nesse processo, notadamente na articulação entre a assistência preventiva e a curativa. Regionalização: Buscar uma articulação entre a rede de serviços de uma

determinada região, por compreender que a situação de saúde de uma população está ligada diretamente às suas condições de vida, bem como articular a rede de serviços de saúde existentes. Participação popular: A defesa da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde, portanto o exercício do controle social. (MATOS, 2003, p. 98)

Os princípios supramencionados constituem-se como resultante de um processo político, que expressa concepções sobre saúde e doença, sobre direitos sociais e gestão, bem como, sobre as relações entre as esferas de governo. São o alicerce para o sistema de saúde brasileiro, e ao mesmo tempo, representam os preceitos, as bandeiras de luta advindos do Projeto da Reforma Sanitária.

A partir desses princípios, adentrando a década de 1990, o SUS foi sendo constituído, tendo como base legal, além da Constituição Federal de 1988, documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro: A Lei Orgânica da Saúde (LOS) composta por duas leis específicas - a Lei nº. 8.080/1990 e a Lei nº. 8.142/1990.

A Lei nº. 8.080/1990 dispõe sobre “[...] as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 2003 a, p. 161).

E a Lei nº. 8.142/1990, que também é de extrema importância para a Política de Saúde, “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde[...]” (BRASIL, 2003 b, p. 177)

Entende-se que o direito à saúde assegurado pela Constituição Federal de 1988 e o processo de construção do SUS, propiciaram avanços em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e a melhoria de indicadores de saúde. Porém, na década de 1990, ao invés da continuação dos avanços na Política de Saúde, houve um retrocesso do que foi inscrito na Constituição de 1988.

A década de 1990 foi marcada pela adaptação as necessidades do capital, gerenciada pelos organismos internacionais, onde deu-se início a um processo de contrarreforma neoliberal. Sendo a privatização o elemento articulador dessa estratégia, que atende ao objetivo econômico de abrir todas as atividades econômicas rentáveis aos investimentos privados, com o intuito de ampliar a acumulação e a mercantilizar o bem-estar social. (SOARES, 2001)

Seguindo a lógica da contrarreforma<sup>3</sup>, destaca-se a criação de subsistemas de saúde dentro do SUS; o incentivo por meio de diversas ações à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde; a transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; a reestruturação da própria estrutura do Ministério da Saúde ou ainda; a criação de programas como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), dirigidos para as populações vulneráveis, o que não proporcionou melhorias na saúde como a efetivação de promoção e recuperação. (RIZZOTTO, 2000)

Destaca-se que, em 1994, o Ministério de Saúde, criou o PSF, e definiu como premissa do programa seguir os princípios básicos do SUS, assumindo o desafio de garantir o acesso igualitário de todos aos serviços de saúde. Para tanto os objetivos do PSF se constituíam em: Desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de forma integral e contínua; Reorganizar da prática de atenção à saúde em novas bases, levando as ações de saúde para mais perto da família, com vistas a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

Posteriormente, no ano 2004, o PSF, foi denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) e, desde então, é definido pelo Ministério da Saúde como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da Atenção Básica em Saúde no País, tendo como atribuições básicas:

[...] conhecer as realidades das famílias pelas quais são responsáveis; identificar as situações de risco e os problemas de saúde que aquela população está exposta; executar de acordo com a qualificação de cada profissional os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica; resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica; organizar grupos para educação em saúde; promover maior acessibilidade e equidade de saúde aos cidadãos; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais são algumas atribuições comuns na qual devem estar focados os profissionais da ESF. (BRASIL, 2004, p.19).

A ESF está no primeiro nível de atenção no SUS e, a partir do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, devem ser realizadas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

---

<sup>3</sup>A Contra-reforma é entendida como uma reformatação do Estado ao criar e levantar estratégias frente aos problemas sociais e econômicos com o objetivo final de manter a lógica do capital. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

A ESF é tida pelo Ministério da Saúde como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção básica por favorecer uma reorientação do trabalho na Atenção Básica. A intenção é manter potencial para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2020)

Na ESF, a atenção à saúde é feita por uma equipe multiprofissional, que deve trabalhar de forma interdisciplinar. Essa equipe deve ser composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico da Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2020)

Diante disso, o Ministério de Saúde, como se faz possível analisar, deixa claro que outros profissionais podem ser incorporados às UBS, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. Porém, o financiamento do programa diz respeito somente à equipe básica, ficando a cargo dos Municípios o custeio desses outros profissionais. Nesse espectro, o Ministério de Saúde também enfatiza um trabalho em equipe. Mas a lógica de atendimento continua centrada no profissional médico, comprometendo assim, a interdisciplinaridade nos serviços de saúde prestados, bem como o fortalecimento de uma Política de Saúde focada na prevenção de doenças e na promoção da saúde e não em ações meramente paliativas.

Apesar de preconizar o trabalho de forma coletiva e com tendência à horizontalidade nas relações de poder entre diversos campos do saber, a ESF enfrenta dificuldades em realizar essa diretriz; principalmente, quando predomina a hierarquização, centrada no médico, podendo existir uma supremacia de saberes e desvalorização de outras categorias profissionais. Questiona-se, portanto, se o processo de trabalho da ESF tem sido compatível com a sua finalidade proposta.

[...] a ESF significou mais uma modificação institucional, ou seja, nova divisão de trabalho entre os profissionais, deslocamento do local de atenção, acréscimo na remuneração da equipe do que maior aproximação com o cotidiano das famílias. (VASCONCELOS, 1999, p. 98)

Os desafios postos a ESF e aos seus trabalhadores, desde a sua criação, responderam a várias conformações. De acordo com as posições políticas e movimentos de pressão da sociedade, ora como contraponto aos princípios do SUS, ora como reforço importante à saúde e ao SUS. Nesse movimento, é preciso apontar que a ESF possui potencialidades importantes, que devem ser ressaltadas para que seja, efetivamente, um instrumento na direção da garantia do acesso universal à saúde no Brasil, visto que infelizmente se caracteriza como ferramenta que contempla os pressupostos do neoliberalismo.

É nesse contexto conturbado que o SUS ingressa na primeira década do século XXI, com desafios agravados pelos marcos da política de ajuste neoliberal. Os avanços conquistados na formatação administrativa do SUS, correm o risco de serem tragados pela contração de investimentos públicos e pela cisão do SUS. A associação destes fatores decorrentes da insistência dos definidores da política econômica de atribuir prioridade aos compromissos com as finanças internacionais, em detrimento das políticas sociais, tem levado a uma crescente ruptura dos preceitos constitucionais, que estabeleceram a saúde como direito de todos e dever do Estado, baseado nos princípios da universalidade e igualdade.

Por conseguinte, ao restringir o financiamento do setor saúde apenas aos recursos fiscais, ficou à mercê da política de ajuste fiscal cada dia mais restritiva. A ausência de investimento, traço marcante do gasto público nessa década de ajuste, atingiu de maneira dramática o setor saúde. Os insuficientes recursos de investimentos aplicados pelo Estado, exclusivamente destinados a reequipar, parcialmente, a rede hospitalar pública já existente, passaram a depender de empréstimos externos (principalmente do Banco Mundial). Assim, foram submetendo as definições de prioridades de despesas a serem incorridas em moeda local a negociações com agentes externos não referendados por qualquer instância de representação política nacional. (RIZZOTTO, 2012)

Não obstante, é extremamente importante para a população brasileira, no que se refere ao direito universal a saúde, que o SUS continue a ser concebido e construído como um sistema nacional de saúde. A reorientação dos marcos da política macroeconômica do país é fundamental para que se liberem os meios e recursos econômicos, políticos e administrativos para fortalecerem os objetivos da Reforma Sanitária, atendendo assim a população usuária do SUS em geral, ou seja, contemplando todos os segmentos da população: criança, adolescente, pessoa idosa, pessoa com deficiência, entre tantos outros existentes.

Considerando a importância do alcance da Política de Saúde aos diferentes segmentos populacionais, e considerando que este estudo tem como intuito principal discorrer sobre a proteção social nos serviços de saúde voltados a pessoa idosa, propõe-se uma análise sobre a

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), visto que está se constitui como um instrumento legal, que direciona as ações referentes a saúde da pessoa idosa no Brasil.

#### 1.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PNSPI)

Com a Constituição Federal de 1988, os direitos civis, políticos e sociais foram previstos, ampliados e garantidos pelo Estado a todas às pessoas, incluindo a pessoa idosa. Ao amparar a pessoa idosa em seu artigo n°. 230, a Constituição Federal de 1988, serviu de base para a implantação de uma política pública para a pessoa idosa no Brasil: a Política Nacional da pessoa idosa (PNI) - Lei n°. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 e posteriormente, o Estatuto da pessoa idosa - Lei n°. 10.741, de 1° de outubro de 2003.

A PNI “[...] tem por objetivo assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.” (BRASIL, 2020b).

Em consonância com a PNI, o Estatuto da pessoa idosa tem por objeto garantir a proteção da saúde física, mental, moral, intelectual, espiritual e social às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Sendo tal proteção delegada à família, à sociedade e ao poder público. Estabelece que o envelhecimento é um direito inerente a cada pessoa e sua proteção é um direito social fundamental. Em seu Art. 9º está previsto que “É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas, que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.” (BRASIL, 2013, p. 2)

Anos mais tarde, diante da demanda da Política de Saúde em organizar e estabelecer uma política específica para o atendimento a pessoa idosa, o Ministério da Saúde cria a PNSPI, instituída pela portaria n°. 2528/GM de 19 de outubro de 2006, que tem por finalidade primordial:

[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2006 b, p. 2)

Nessa política estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor de saúde e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance de sua proposta. Além disso, a PNSPI orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o seu desenvolvimento. Sua implementação compreende a definição e/ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor da saúde, direta ou indiretamente relacionados com seu objeto.

A PNSPI tem por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a capacidade funcional, a autonomia e manter o nível de qualidade de vida da pessoa idosa, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. No que se refere a capacidade funcional da pessoa idosa, a PNSPI considerou pessoa idosa com classificação de risco frágil ou em situação de fragilidade aquela que:

[...]vive em ILPI; encontra-se acamado; esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão; apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional (acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros); encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. (BRASIL, 2006b)

Assim, essa política define diretrizes norteadoras de todas as ações no setor da saúde para o atendimento a pessoa idosa, com indicação de responsabilidades para o alcance da proposta, sendo as seguintes:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (BRASIL, 2006 b, p. 5)

Um grande salto na concepção e definição da saúde da pessoa idosa foi dado. A PNSPI assume que o principal problema que pode afetar o pessoa idosa é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. (BRASIL, 1999).

Neste contexto, destaca-se outra importante Portaria do Ministério da Saúde: a nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006, que versa sobre as Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Neste documento, a saúde da pessoa idosa aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma srie de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da PNSPI. (BRASIL, 2006a)

A partir dos referidos dispositivos legais supramencionados, principalmente a PNSPI, a Política de Saúde teve importantes avanços no que diz respeito à ampliação e implementação dos serviços de saúde disponibilizados a pessoa idosa no Brasil. Entretanto, apesar dos avanços e conquistas, a efetivação dos direitos da pessoa idosa ainda demandam atenção por parte do Estado.

Conforme disposto na PNSPI, “[...]o sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades”. (BRASIL, 2006, s. p.).

Por esse motivo, a operacionalização da Política de Saúde continua a ser o principal desafio a ser superado. Porém, além deste, outro desafio é potencializar o cuidado integral da pessoa idosa, concretizando ações intersetoriais com foco nas demandas de cuidado da população idosa.

Nessa conjuntura, levando em consideração os dados demográficos do envelhecimento e as principais comorbidades adquiridas pela população idosa<sup>4</sup>, ressalta-se que a Política de Saúde, tem um novo indicador de saúde desse segmento populacional, sendo este a capacidade funcional da pessoa idosa.

A capacidade funcional da pessoa idosa é a habilidade de exercer de forma independente e autônoma funções básicas como alimentar-se, locomover-se, cuidar da higiene pessoal; e funções complexas como trabalhar, ter lazer e praticar sua espiritualidade. (VERAS, 2015)

---

<sup>4</sup>Doenças mais comuns que atingem pessoas maiores de 60 anos: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Câncer, Doença de Parkinson, Diabetes tipo 2, Demência, Alzheimer, Hipertensão Arterial. (HOGAN, 2018)

Dessa forma, a saúde para esse público, está estritamente relacionada à capacidade de gerir a própria vida e de cuidar de si mesmo, ou seja, a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar as tarefas do cotidiano, de forma independente e autônoma, mesmo na presença de doenças.

Quando se perde essa capacidade, tem-se uma nova realidade para o indivíduo e sua família e um desafio que deve ser assumido pela Política de Saúde, no que se refere à compreensão e às estratégias para o atendimento à saúde da pessoa idosa com classificação de risco frágil.

## **2. PROBLEMATIZANDO A CLASSIFICAÇÃO DE PESSOA IDOSA FRÁGIL EM SERVIÇOS DE SAÚDE.**

Neste segundo capítulo, desenvolve-se uma reflexão sobre as mudanças no perfil demográfico brasileiro, o qual teve um aumento expressivo no número de pessoas idosas no país, que resultaram em demandas sociais, com destaque aqui para a saúde da pessoa idosa, que, em sua maioria, distante de uma qualidade de vida plena, não envelhece com saúde, tendo sua capacidade funcional comprometida e se tornando dependente de cuidado integral.

Diante dessa realidade, no âmbito da Política de Saúde, foram criados instrumentos para classificar a condição de saúde da pessoa idosa. Este capítulo aborda a apreensão da classificação de pessoa idosa frágil em serviços de saúde.

Uma questão evidenciada pela pesquisa foi a busca por parte da Política de Saúde em classificar os usuários idosos, sendo uma delas, a estratificação por fragilidade apresentada em sua condição de saúde. Esta não é uma questão nova, se apresentando no debate sobre as políticas sociais e fazendo parte das preocupações cotidianas do exercício profissional do Assistente Social. Por isso, ao se buscar compreender a concepção de idoso frágil, também se ampliou a reflexão, buscando incorporar aspectos que problematizem a questão.

### **2.1 O CRESCIMENTO POPULACIONAL DA PESSOA IDOSA NO BRASIL**

Desde a década de 1970, o Brasil vem sofrendo uma importante alteração em seu perfil demográfico. Passou de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e alto risco de morte na infância, a uma sociedade predominantemente urbana, com menos filhos e uma nova estrutura familiar.

De uma população jovem, em um passado nem tão distante, observa-se, nos dias atuais, um contingente mais significativo de pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais de idade. A transição demográfica inicia-se com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um tempo, com a queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população. (VASCONCELOS E GOMES, 2012)

O envelhecimento populacional é resultante dessa mudança de indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é igual para todos os seres humanos, bem porque muitos destes sofrem influências dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições

sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia. (BRASIL, 2017 b)

Ademais, a mudança dos hábitos alimentares, a prática de exercícios físicos e os avanços das tecnologias voltadas para a área da saúde também contribuíram para o aumento da expectativa de vida do brasileiro. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil apresenta uma das maiores taxas de envelhecimento do mundo, sendo que a média de idade estimada para o brasileiro é de 76 (setenta e seis) anos. (IBGE, 2019)

Ao falar dos grupos etários prevalentes no país, nota-se

[...] claramente uma rápida mudança na representatividade dos grupos etários: o grupo de crianças do sexo masculino de zero a quatro anos, por exemplo, representava 5,7% da população total em 1991, enquanto o feminino representava 5,5%. Em 2000, esses percentuais caíram para 4,9% e 4,7%, chegando a 3,7% e 3,6% em 2010. Simultaneamente, o alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (14.081.480 habitantes). (MORAES, 2012, p. 09).

De acordo com o exposto na citação acima, observa-se que a população idosa está crescendo, ao contrário da população infantil, que sofreu um declínio considerável. Nesse sentido, a longevidade é uma conquista, porém, deve-se atentar à qualidade de vida da população idosa, pois o envelhecimento pode acarretar doenças crônicas, incapacitantes, levando ao sofrimento físico e psíquico da pessoa idosa, como também da família e cuidadores, ou seja, longevidade não é sinônimo de saúde.

O envelhecimento populacional constitui simultaneamente uma conquista e um desafio de proporções jamais enfrentadas pela humanidade, que se desdobra em múltiplas implicações sociais, econômicas, culturais, políticas e também, evidentemente, naquelas relacionadas à preservação e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos segmentos populacionais.

Essa transição demográfica e epidemiológica vem seguida de muitos aspectos desafiadores responsáveis pela visibilidade de novas demandas à Política de Saúde. De forma especial, a epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais resultam em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde. (MENDES, 2011). De outro lado, o fato de se ter

ampliado a possibilidade de serviços disponíveis para a saúde, mobilizou outras formas de enfrentamento aos processos de saúde/doença, antes do sistema único de saúde, não existentes.

Paralelamente ao crescimento da população idosa, convive-se com os efeitos sociais da crise estrutural brasileira, que se configura como uma recessão da economia, fruto da oscilação da atividade econômica dentro do sistema capitalista, que traz profundos impactos sociais, como a precarização das condições da vida da população, especialmente da classe trabalhadora, que é diretamente afetada pelo desemprego e a diminuição da sua capacidade de consumo.

As políticas de ajuste desenvolvidas pelo neoliberalismo têm contribuído para agravar os impactos da referida crise, acentuando desigualdades sociais que atingem fortemente a sociedade, particularmente aqueles que apresentam dependência, caracterizada pela incapacidade desde a realização de cuidados básicos até demais atividades da vida civil, sem auxílio de terceiros.

No que tange o perfil epidemiológico da população idosa, destaca-se que este “[...] consiste de um detalhado levantamento das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais e de consumo coletivo, e de controle social.” (REIS, 2017, p. 13), é reconhecido por doenças, com maior predominância de situações consideradas crônicas, ou seja, impossibilidade de cura.

A propósito, a mortalidade e morbidade<sup>5</sup> têm altas taxas, sendo as condições agudas as maiores responsáveis pelos óbitos nessa faixa etária, as agudizações de condições crônicas, se mostram frequentes e geralmente fatais. A maioria das pessoas idosas são portadores de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa, necessariamente limitação de atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social (GEIB, 2012).

Contudo, é importante frisar que não há nenhuma garantia de que uma pessoa idosa irá sofrer de uma doença relacionada à idade, mas as chances são maiores. Ou seja, o envelhecimento não é uma doença, mas é um fator para diferentes condições de risco.

Essas condições de risco para a pessoa idosa, levaram à classificação pela PNSPI, mencionada no capítulo I dessa dissertação, de acordo com o nível de comprometimento da capacidade funcional da pessoa idosa. Dentre tais classificações, apresenta-se a seguir

---

<sup>5</sup>“Os dois termos têm sido utilizados com o mesmo significado e com duas acepções: 1. Capacidade de produzir doença num indivíduo ou num grupo de indivíduos. 2. Relação entre o número de pessoas sãs e o de doentes, ou de doenças, num dado tempo e quanto à determinada doença.” (REZENDE, 2012, p. 247)

classificação de risco frágil, buscando adensar conteúdos que favoreçam a problematização sobre as tentativas de classificação dos usuários das políticas sociais.

## 2.2 A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FRÁGIL

O termo fragilidade é utilizado pela Política de Saúde, para representar o grau de vulnerabilidade<sup>6</sup> da pessoa idosa a desfechos adversos, tais como a própria capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter-se independente e autônomo. Além de outros como por exemplo, o risco de institucionalização ou morte. O conceito de fragilidade não é novo, porém, é recente a sistematização das informações que possibilitam a indicação de que uma pessoa idosa está em classificação, pela política de saúde, de risco frágil.

Além do conceito disposto na PNSPI, alguns autores também se detiveram sobre este conceito:

Destaca-se Fried (2001), que propôs o termo “frailty” para representar uma síndrome geriátrica de natureza multifatorial, caracterizada pela diminuição das reservas de energia e pela resistência reduzida a situações que causem estresse. Essas condições resultam do declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos. Este conceito foi operacionalizado em um instrumento conhecido como Fenótipo da Fragilidade, que se caracteriza pela presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso involuntária; auto relato de exaustão; fraqueza; baixo nível de atividade física e mobilidade reduzida. Neste pressuposto, a presença de três ou mais critérios na pessoa idosa definiu a classificação de risco frágil e, a presença de dois critérios, definiu a pessoa idosa com classificação de risco pré-frágil. As pessoas idosas que não apresentaram nenhum destes parâmetros, são classificadas como robustos.

Destaca-se também, como um dos conceitos mais atuais sobre a classificação de risco frágil da pessoa idosa, Gobbens (2010), que define esta como uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual. Desse modo, culminam com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos adversos, como por exemplo, declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte.

---

<sup>6</sup>“O termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde.” (BERTOLOZZI, 2009, p. 2)

De acordo com o conceito apresentado, entende-se que a Política de Saúde destaca a operacionalização da classificação de risco em saúde da pessoa idosa, para facilitar seu reconhecimento e a implementação de intervenções capazes de maximizar a independência da pessoa idosa e impedir desfechos adversos, tornando este termo útil àqueles que se detêm sobre a prevenção da incapacidade funcional em pessoas idosas.

Nesse sentido, a incorporação desses pressupostos servem para auxiliar na identificação da pessoa idosa, com classificação de risco frágil. Para tal identificação, a Política de Saúde dispõe do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável/Vulnerable Elders Survey (VES-13).

O VES-13 foi criado nos Estados Unidos e sua utilização no Brasil se deu a partir de 2014, via Ministério da Saúde, tendo sua inclusão na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. É um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar a pessoa idosa em situação de fragilidade residente na comunidade. A ênfase tem base nos dados referentes à idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. A Política de Saúde no Estado do Paraná, conta desde o ano 2014 com este instrumental para auxiliar na classificação de risco em pessoas idosas. (PARANÁ, 2014)

A Estratificação de Risco e Grau de Fragilidade da Saúde da pessoa idosa recebe os escores obtidos com aplicação do VES-13. O instrumento se apresenta como um questionário composto por 13 (treze) itens, que contemplam idade, saúde autorreferida, capacidade funcional e condição física. Apresenta o risco e o grau de vulnerabilidade da pessoa idosa, podendo ser respondido pelo usuário ou pelos familiares/cuidadores, como pode ser observado no quadro 1 abaixo.

## QUADRO 1 - PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL / VULNERABLE ELDER'S SURVEY (VES-13)						
<b>1. IDADE</b>					75 a 84 anos	1
					≥ 85 anos	3
<b>2. AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE</b> Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:					Excelente	0
					Muito boa	0
					Boa	0
					Regular	1
					Ruim	1
<b>3. LIMITAÇÃO FÍSICA</b> Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:  <b>Pontuação:</b> 1 Ponto para cada resposta "muita dificuldade*" ou "incapaz de fazer*" nas questões 3a até 3f <u>considerar no máximo 2 pontos.</u>		Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média (alguma) dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer* (Não consegue fazer)
	a. Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se?	( )	( )	( )	( )*	( )*
	b. Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg?	( )	( )	( )	( )*	( )*
	c. Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	( )	( )	( )	( )*	( )*
	d. Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	( )	( )	( )	( )*	( )*
	e. Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	( )	( )	( )	( )*	( )*
	f. Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	( )	( )	( )	( )*	( )*
<b>4. INCAPACIDADES</b> Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:  <b>Pontuação:</b> Considerar 4 pontos para uma ou mais respostas "sim*". Nas questões 4a até 4e, <u>considerar no máximo 4 pontos.</u>	<b>a. Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)?</b>					
	( ) SIM (Você recebe ajuda para fazer compras?)				( ) SIM*	( ) NÃO
	( ) NÃO					
	( ) NÃO FAÇO COMPRAS (Isso acontece por causa de sua saúde?)				( ) SIM*	( ) NÃO
	<b>b. Lidar com dinheiro (como controlar suas despesas, gastos ou pagar contas)?</b>					
	( ) SIM (Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?)				( ) SIM*	( ) NÃO
	( ) NÃO					
	( ) NÃO LIDO COM DINHEIRO (Isso acontece por causa de sua saúde?)				( ) SIM*	( ) NÃO
	<b>c. Atravessar o quarto andando ou caminhar pela sala?</b>					
	( ) SIM (Você recebe ajuda para andar?)				( ) SIM*	( ) NÃO
	( ) NÃO					
	( ) NÃO ANDO (Isso acontece por causa de sua saúde?)				( ) SIM*	( ) NÃO
	<b>d. Realizar tarefas domésticas leves (como lavar pratos, arrumar a casa ou fazer limpeza leve)?</b>					
( ) SIM (Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?)				( ) SIM*	( ) NÃO	
( ) NÃO						
( ) NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES (Isso acontece por causa de sua saúde?)				( ) SIM*	( ) NÃO	
<b>e. Tomar banho de chuveiro ou banheira?</b>						
( ) SIM (Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?)				( ) SIM*	( ) NÃO	
( ) NÃO						
( ) NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA (Isso acontece por causa de sua saúde?)				( ) SIM*	( ) NÃO	
MAIA F.O.M. et al. <i>Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuição para a identificação de idosos vulneráveis.</i> Rev Esc Enferm USP, v.46 (Esp), p.116-22, 2012.						
LUZ L.L. et al. <i>Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o português.</i> Cad. Saúde Pública, n.29, p.621-628, 2013.						
SALIBA, D, et al. <i>The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community.</i> J. Am. Geriatr. Soc., New York, v. 49, p.1691-1699, 2001.						

**Fonte:** PARANÁ, SESA, 2014.

Esse protocolo foi incluso na rotina da ESF, para que seja adaptado e utilizado como ferramenta para auxiliar as equipes de profissionais de saúde na estratificação do risco,

sendo este baixo, médio ou alto, bem como para identificar o grau de fragilidade da saúde da pessoa idosa.

A compreensão do estado integral de saúde e a realidade sócio familiar que a pessoa idosa está inserida é uma ferramenta importante da atenção primária. E mais, as condições ambientais, naturais e sociais, incluindo o nível socioeconômico, a presença de suporte social, o convívio social e a sensação de autosuficiência exercem influência decisiva na saúde dos indivíduos, particularmente, no que diz respeito à população idosa.

Considerando a longitudinalidade e a população adscrita, pode-se lançar mão de implementações e cuidados individualizados que resultaram em melhores resultados. O declínio funcional da pessoa idosa é previsível, evitável e pode ser adiado, entretanto, o modelo atual de atenção não o reconhece como uma condição-problema. (BRASIL, 2014).

Conhecer e tratar condições crônicas de saúde é importante no âmbito da atenção básica, porém não é o suficiente, conhecer os domicílios residenciais, as dinâmicas familiares, os atores envolvidos na vida da pessoa idosa é de suma importância.

Garantir e prevenir a não ocorrência de acidentes domiciliares asseguram uma melhor expectativa e qualidade de vida para a pessoa idosa. Os índices de internamentos ocorridos devido fraturas e traumas são exorbitantes, garantindo a alta mortalidade destes usuários. Observando a realidade, constata-se a necessidade de realizar a estratificação de risco da pessoa idosa na atenção primária à saúde. (VERAS, 2012).

No quadro 2 abaixo apresenta-se a estratificação de risco e grau de fragilidade da saúde da pessoa idosa dispostos no VES-13:

**QUADRO 2 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E GRAU DE FRAGILIDADE**

ESTRATIFICAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO		VES-13
RISCO	GRAU DE FRAGILIDADE	
Baixo	Idoso robusto	≤ 2
Médio	Idoso em risco de fragilização	3 a 6
Alto	Idoso frágil	≥ 7

Fonte: PARANÁ, SESA, 2014.

Nesta tentativa de classificação das pessoas idosas, usuárias dos serviços de saúde, na Pontuação do VES-13, o baixo risco (pontuação 2) indica pessoa idosa robusta; médio risco (pontuação de 3 a 6) indica pessoa idosa em risco de fragilização, e o risco alto (pontuação ≥ 7) nos aponta pessoa idosa frágil. Cabe aqui ressaltar que os termos utilizados para estratificação de risco e identificação do grau de fragilidade, refere-se especificamente a

condição de saúde e a capacidade funcional da pessoa idosa e não ao fato de ser pessoa idosa, visto que o envelhecimento não é sinônimo de doença ou fragilidade.

Destaca-se também outro instrumento utilizado pela Política de Saúde, para a identificação da condição de saúde da pessoa idosa. Trata-se do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), que é um questionário simples, capaz de avaliar os principais determinantes de saúde da pessoa idosa. Os principais objetivos do instrumento são:

Identificação da pessoa idosa frágil (estratificação de risco), que deverá ser submetido a Avaliação Multidimensional da pessoa idosa (Avaliação Geriátrica Ampla) e elaboração do Plano de Cuidados; Indicação de intervenções interdisciplinares capazes de melhorar a autonomia e independência da pessoa idosa e prevenir declínio funcional, institucionalização e óbito, mesmo na ausência da Avaliação Multidimensional da pessoa idosa tradicional; planejamento de demanda programada no SUS e na Saúde Suplementar: definição de grupo de pessoas idosas que necessitarão de atendimento diferenciado na Unidade Básica de Saúde. (PARANÁ, 2017, p.18).

Apresenta-se no quadro abaixo o instrumento para avaliação da vulnerabilidade clínico-funcional da pessoa idosa.

QUADRO 3 – ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)	
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20	
<i>www.ivcf-20.com.br</i>	
<i>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</i>	
<b>IDADE</b>	<b>1. Qual é a sua idade?</b> <input type="checkbox"/> 60 a 74 anos <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos <sup>b</sup> <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos <sup>c</sup>
<b>AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</b> <input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa <sup>d</sup> <input type="checkbox"/> Regular ou ruim <sup>e</sup>
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	<b>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>f</sup> <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde
	<b>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>g</sup> <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde
	<b>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>h</sup> <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde
<b>AVD Instrumental</b>	
<b>AVD Básica</b>	
<b>COGNIÇÃO</b>	
<b>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>i</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>j</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>k</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>HUMOR</b>	
<b>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>l</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>m</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>MOBILIDADE</b>	<b>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>n</sup> <input type="checkbox"/> Não
	<b>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> Não
	<b>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <b>ou</b> 6 kg nos últimos 6 meses <b>ou</b> 3 kg no último mês ( ) ;</li> <li>• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> ( ) ;</li> <li>• Circunferência da panturrilha a &lt; 31 cm ( ) ;</li> <li>• Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos ( ) .</li> </ul> <input type="checkbox"/> Sim <sup>p</sup> <input type="checkbox"/> Não
	<b>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>q</sup> <input type="checkbox"/> Não
<b>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>r</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>s</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>COMUNICAÇÃO</b>	<b>18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>t</sup> <input type="checkbox"/> Não
	<b>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.</b> <input type="checkbox"/> Sim <sup>u</sup> <input type="checkbox"/> Não
<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>	<b>20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinco ou mais doenças crônicas ( ) ;</li> <li>• Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( ) ;</li> <li>• Internação recente, nos últimos 6 meses ( ) .</li> </ul> <input type="checkbox"/> Sim <sup>v</sup> <input type="checkbox"/> Não
	<b>Polipatologia</b>
	<b>Polifarmácia</b>
<b>Internação recente (&lt;6 meses)</b>	
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)	

Fonte: PARANÁ, SESA, 2018.

A busca de classificação e de estratificação da pessoa idosa, pela Política de Saúde, tem como objetivo responder dúvidas que surgem aos profissionais de saúde trabalhadores da atenção básica em saúde, principalmente na ESF, tais como: Qual pessoa idosa merece mais

atenção da equipe? Para qual é indicada a visita domiciliar? Em qual situação devem ser encaminhados para serviços especializados? Em quanto tempo retorno para uma visita domiciliar? etc.

O IVCF-20 é um instrumento que visa ser de rápida aplicação, que tem a vantagem de dispor de caráter multidimensional, pois avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em pessoas idosas: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades da vida diária, a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade, a comunicação (visão e audição) e a presença de morbidades múltiplas e/ou internação recente. Cada seção é avaliada através de perguntas, que podem ser respondidas pela pessoa idosa ou por alguém que conviva com ela, familiar ou cuidador. Pode ser aplicado qualquer profissional da área de saúde (Enfermeiros, Médico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Dentista, Psicólogo e Farmacêutico). (PARANÁ, 2018)

Através do conceito de fragilidade em saúde na pessoa idosa e dos instrumentais destacados acima, entende-se que a Política de Saúde, utiliza a fragilidade como um parâmetro organizador de gerenciamento da Política de Saúde específica para esse público.

Neste sentido, cabe aqui ressaltar que o modelo de política social implantado no Brasil, tem como objetivo central manter os interesses do sistema produção capitalista. Isto posto, destaca-se que a Política de Saúde também é direcionada neste sentido, ou seja, a classificação utilizada pela política de saúde para definir o risco em saúde para pessoas idosas, constitui-se em uma ferramenta que contribui para a reprodução da desigualdade social.

É através de categorias que os agentes trabalham, classificando, explicando fenômenos, generalizando e estabelecendo estratégias. Estas categorizações não são apenas resultado de elaborações técnico-científicas puras, mas articulações complexas nas correlações de força das diferentes conjunturas. (FALEIROS, 2002, p.180)

A afirmação acima, denota a tendência estratégica das políticas sociais, em especial aqui, a Política de Saúde, em usar a classificação dos usuários, como um instrumento de controle social do Estado sobre a sociedade.

A expressão 'controle social' tem origem na sociologia. De forma geral é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Assim sendo, assegura a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados. (CORREIA, 2003, p. 66)

A classificação de risco em saúde na pessoa idosa, faz parte das ações de controle do Estado, via políticas sociais, sobre a sociedade, onde através de um conjunto de itens que a definem, se impõe a pessoa idosa, usuária dos serviços de saúde, como via de regra para os atendimentos nos serviços de saúde.

A pessoa idosa, classificada pela Política de Saúde, como de risco frágil, em muitos casos, é induzida a conformidade com uma nova realidade marcada pela dependência funcional, definida pelo conceito de fragilidade em saúde.

Tal classificação não explicita o fato da pessoa idosa ser antes desta um sujeito de direitos, exposto a situação de vulnerabilidade social e/ou predisposição genética para o desenvolvimento de doenças crônicas, consideradas pela Política de Saúde como incapacitantes as atividades da vida civil.

Não considera também o fato de que o próprio Estado, perversamente, através de suas ações em defesa da manutenção dos interesses do sistema capitalista, contribuiu veementemente para a relação de exploração e dominação da classe trabalhadora, que sofreu e ainda sofre as consequências desta, como por exemplo, a vivência de situações decorrente de vulnerabilidade social, que contribuem para uma má qualidade de vida e posteriormente a agravos em saúde.

Ressalta-se que, a vulnerabilidade social é multidimensional, uma vez que afeta de diferentes formas e intensidade os indivíduos. É resultado da combinação de como o indivíduo consegue informações, recursos materiais, escolaridade, bem como de enfrentamento de barreiras culturais e imposições violentas. A vulnerabilidade social se relaciona aos fatores estruturais da sociedade, no que tange à desigualdade de renda, educação e acesso aos serviços. (JESUS, et.al., 2018; SANTOS-ORLANDI, 2017).

Embora seja apontado na Constituição Federal de 1988, bem como pela PNI e pela PNSPI que o Estado, a família e a sociedade são legalmente responsáveis pelo cuidado da pessoa idosa em relação ao atendimento de suas necessidades, não há um sistema de apoio direcionado às famílias com pessoas idosas.

Por essa razão, a família vivencia a dificuldade em compreender e lidar com a doença, a sobrecarga física, emocional e socioeconômica e não tem o suporte necessário por parte da Política de Saúde, bem como das demais políticas sociais, para assumir as responsabilidades exigidas com o cuidado das pessoas idosas, classificadas pela Política de Saúde como de risco frágil. A necessidade de assistência permanente ao enfermo gera um custo elevado para os familiares e o SUS não prevê uma oferta suficiente de serviços à população idosa. (CALDAS, 2003)

Salienta-se que, devido à falta de recursos de ordem financeira, que permitam a contratação de cuidadores especializados no ambiente domiciliar, esses cuidados são realizados por membros da família, com exceção das pessoas idosas sem apoio familiar, que também constituem um grande problema a ser destacado e enfrentado pelas políticas sociais. Logo, os serviços de saúde ofertados à população, na maioria das vezes, são centrados na doença em que a pessoa idosa foi acometida, deixando a família sem a necessária orientação referente ao cuidado. Sendo assim, é em casa que o familiar irá aprender a cuidar, à medida que as dificuldades vão aparecendo no cuidado diário da pessoa idosa.

Essa realidade, presente no cotidiano de muitas famílias, e já mencionada no capítulo I deste estudo, refere que

[...] a seguridade social, que objetiva garantir a saúde, a previdência social e a assistência social (Constituição Federal – Brasil, 1988), não tem conseguido cumprir seu papel, transferindo-o para os cidadãos e fazendo recair sobre a família a cobertura de suas falhas. (CALDAS, 2003, p.777)

Isto posto, várias questões se colocam, a saber: a ausência da proteção social por parte do Estado; a transferência de responsabilidades da Política de Saúde para a família; as dificuldades que as pessoas idosas acamadas e/ou domiciliadas apresentam e as dificuldades que os familiares cuidadores enfrentam para realizar o cuidado dos mesmos.

Infelizmente não há o suporte necessário a pessoa idosa que adocece, nem à família que realiza o cuidado, gerando o aumento da sobrecarga para ambos. Dessa maneira, cuidador e quem precisa de cuidados em saúde e proteção social, ficam isolados em âmbito doméstico, convivendo com alternativas próprias para enfrentar as dificuldades, e com formas de sociabilidade que parece não ter incorporado o desafio que representa cuidar de pessoas idosas, reproduzindo formas que não asseguram a proteção social pelas políticas sociais.

Este contexto é campo para a intervenção profissional do Assistente Social, no que tange o fortalecimento da compreensão da pessoa idosa como sujeito de direitos, bem como de sua respectiva família, ressaltando os direitos sociais garantidos na Constituição Federal, principalmente neste caso, o direito à saúde. A ação profissional também deve se pautar da defesa da integralidade no atendimento à saúde da pessoa idosa e sua família, visando também a superação de estigmas e o controle social das ações do Estado.

### 2.3 PESSOA IDOSA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FRÁGIL E A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

A pessoa idosa, classificada pela Política de Saúde como de risco frágil, tem tal condição de saúde considerada como risco social gerador de necessidade protetiva do Estado. Considerando o importante crescimento da população idosa no Brasil, que vem alterando a pirâmide etária, o que já é realidade em muitos países, bem como a insuficiência das políticas sociais, tudo indica que se terá, em um futuro próximo, uma grande parcela da população idosa, classificada pela Política de Saúde como de risco frágil.

A longevidade do ser humano passou a ser considerada, por muitos, como uma conquista social, sendo o fato de envelhecer não mais encarado como uma eventualidade. A propósito, envelhecimento quer dizer um processo que se apresenta como inseparável da condição humana, ou seja, envelhecer não é apenas um momento na vida do indivíduo, acontece desde o momento em que viemos ao mundo. (MESSY, 2001, p. 32).

É sabido que o avanço da ciência e da tecnologia contribuiu muito para a melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, para o aumento da expectativa de vida da população em todo o mundo. Ao mesmo tempo, pensando no caso do Brasil e dos demais países latino-americanos, envelhecer tem sido um grande desafio para a maioria das pessoas idosas, tendo em vista o contexto de desigualdades sociais existentes.

[...] as dificuldades que cercam o processo do envelhecimento se apresentam como expressões da questão social num contexto de modernização do Estado e da economia, revelando cisões e fraturas do modelo de desenvolvimento capitalista, que aprofunda desigualdades e concentra privilégios. Nessa perspectiva, o envelhecimento populacional é encarado enquanto problema social, e não como conquista da civilização humana. A compreensão da longevidade como conquista da humanidade requer um redirecionamento das ações do Estado destinadas ao segmento social pessoa idosa e a todas as gerações. (SILVA, 2016, p. 218)

É fato que os seres humanos estão vivendo mais, e que no Brasil, devido ao desenvolvimento do sistema capitalista e a preocupação com a plena realização de seus interesses, não há condições objetivas para que todas as pessoas idosas vivam com qualidade. Contudo, envelhecer não pode se caracterizar como sinônimo de vulnerabilidade, perdas de papéis sociais, retirada da atividade econômica, agravamento de doenças crônicas e degenerativas, entre outros.

O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade de forma geral e as pessoas idosas devem ser agentes e destinatários das transformações indicadas pelas políticas sociais, que compõem o chamado Sistema de Proteção Social.

No Brasil, o Sistema de Proteção Social destinado ao segmento social composto por pessoas idosas, se encontra estruturado em termos de mecanismos legais, os quais visam garantir proteção social básica e especial, por meio de políticas de seguridade social. Além de outras medidas no campo e de outras políticas setoriais, que visam assegurar bem-estar aos cidadãos e cidadãs, que atingem a velhice. (SILVA, 2016, p. 228)

Nesses termos, a proteção social é entendida como a garantia dos direitos sociais aos cidadãos, efetuada pelo Estado, frente às situações de vulnerabilidade social<sup>7</sup>, por meio de um Sistema de Proteção Social.

O Sistema de Proteção Social é resultante das pressões das lutas sociais por igualdade e justiça social. São as formas mais ou menos institucionalizadas, cujas sociedades constituem para proteger parte ou conjunto de seus membros.

Dentre as problemáticas atendidas por esses sistemas de proteção social, destacam-se aquelas provocadas por vicissitudes de caráter natural ou social, tais como: a velhice desamparada, a doença, o infortúnio e as privações ou carências dos membros mais pobres. Podem-se incluir, nesse sistema, as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais, culturais, incluindo também os apoios, os cuidados especiais, dentre outros. (GIOVANNI, 1998, p.37)

A proteção social se institucionaliza e toma forma concreta através de políticas de caráter social assumidas pelo Estado e reconhecidas pela sociedade. Como já mencionado, até a Constituição Federal de 1988, a proteção social no Brasil esteve baseada na idéia de seguro social, ou seja, de contribuição por meio do trabalho e do emprego formalizado.

Sendo a Constituição Federal de 1988 um marco na construção da proteção social no Brasil, que integrou a Assistência Social à Seguridade Social, à Previdência Social e à Saúde. Desse modo, elevou o status da Assistência a de política social e instituiu um sistema de seguridade social no país.

Quanto aos instrumentos legais, que referendam a proteção social apessoa idosa, tendo como fundamento a Constituição Federal de 1988, destacam-se: a LOS (Lei n. 8.080, de 19 de

---

<sup>7</sup> [...] precariedade do trabalho, analfabetismo digital, incapacidade mental, habitação precária, desestruturação familiar, proteção social insuficiente ou antecedentes criminais. Essas fontes incidirão com mais força nos grupos de alta vulnerabilidade estrutural: mulheres, jovens, idosos, imigrantes ou classes de baixa renda (circunstâncias intensificadoras) (SUBIRATS, 2010, p.111).

setembro de 1990), a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993); a PNI (Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994), a PNSPI (Portaria n. 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999), a criação do Conselho Nacional do Idoso (CNI) (Decreto n. 4.227, de 13 de maio de 2002), a Lei de Prioridade de Atendimento às Pessoas com Deficiência, as pessoas idosas, Gestantes e Lactantes (Lei n. 10.048, de 8 de novembro de 2000), o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003), a Política Nacional da Assistência Social(PNAS) (Resolução do CNAS n. 78, de 22 de junho de 2004), o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007); a instituição do Fundo Nacional do Idoso (FNI) (Lei n. 12.213, de 20 de janeiro de 2010).

Essas legislações reúnem diretrizes para orientar a formulação e a implementação de políticas sociais, programas e serviços destinados ao atendimento das necessidades da população idosa no país.

O Estatuto do Idoso preceitua em seu artigo 2º que:

[...] o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana assegurando-se lhe todas as oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade. (BRASIL, 2013)

No entanto, o modelo de proteção social tem convergido para uma lógica de acesso via mercado, restringindo a cidadania ao poder de compra das pessoas. Dessa forma, implica diretamente na garantia de direitos, na forma e conteúdo das políticas sociais, que constituem o Sistema de Proteção Social.

Outra questão é a fragilização e/ou ruptura de vínculos familiares, o que tem sido elencado como responsável por ocorrência de situação de risco da população idosa. Na contemporaneidade, a família é vista como agente “privilegiado” de proteção social, impulsionada pela crise do Estado e pelo avanço do neoliberalismo como orientação das políticas econômicas e sociais.

Ademais, no contexto social brasileiro, o Sistema de Proteção Social evoluiu de acordo com os interesses da burguesia, concedendo direitos na forma de benefício para garantirem a ordem e a lógica de produção e acumulação capitalista. Dessa forma, um sistema com características universalizantes não conseguiu ser estabelecido no país, além do que os problemas de financiamento desse sistema, permaneceram recorrentes.

É real, não obstante, o desmonte dos direitos sociais na perspectiva da ofensiva neoliberal e a prevalência de políticas paliativas, com a refração das expressões da “questão social”. Nesse contexto, é necessário o fortalecimento da defesa dos direitos da pessoa idosa, exposta a políticas sociais enfraquecidas, que em geral, não conseguem dar conta de suas necessidades, prejudicando assim, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas idosas, gerando em muitos casos a incapacidade funcional.

Se faz cada vez mais necessário assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva, contribuindo assim para a diminuição da incidência de casos de pessoas idosas com classificação de risco frágil.

Diante do exposto acima, reforça-se a importância da pesquisa para a produção de conhecimentos a partir da realidade vivenciada pela pessoa idosa. O intuito está na construção de saberes e na contribuição para mudanças significativas no âmbito da proteção social da pessoa idosa, a partir da compreensão da realidade social.

### **3. A PROTEÇÃO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADOS À PESSOA IDOSA EM CÉU AZUL – PR.**

Este capítulo desenvolve uma reflexão sobre as dificuldades que se apresentam para as famílias das pessoas idosas com classificação de risco frágil, no atendimento à saúde na atenção básica. Com isso, busca compreender as dificuldades existentes no âmbito da proteção social.

A questão da proteção social, historicamente, perpassou as preocupações das diferentes coletividades. Proteger os membros mais vulneráveis era condição de sobrevivência de uma sociedade, sendo que “[...] diferentes formas de proteção social emergem e percorrem o tempo e o espaço das sociedades ‘como processo recorrente e universal.’” (YAZBEK, 2010, p.1).

A propósito disso, seja realizada no seio da família e/ou por meio do Estado, é importante conhecer a sua dinâmica para compreender quais as conquistas e os desafios postos para a sua efetividade. Visto que, é no âmbito familiar e comunitário que a proteção social se materializa, por meio do apoio familiar e do alcance de políticas sociais.

Ressalta-se que a discussão posta é relevante para o Serviço Social, que tem como objeto de intervenção as expressões da “questão social”, sendo esta intervenção realizada por meio das políticas sociais. Essas intervenções compõem a proteção social, especialmente aqui, aborda-se a Política de Saúde.

O Serviço Social é uma profissão que tem nas expressões da “questão social” a legitimidade de sua inserção na divisão social e técnica do trabalho nos diversos espaços ocupacionais e, conseqüentemente, sua matéria de intervenção.

Nesse sentido, considerando ainda a Resolução nº. 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Resolução nº. 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que reconhece o Assistente Social como profissional de saúde, reforça-se a importância do aprofundamento do conhecimento sobre o tema aqui abordado e que será apresentado, como contribuição para a produção de conhecimento no âmbito do Serviço Social.

Diante disso, uma maior compreensão deste contexto que envolve a proteção social, na singularidade da pessoa idosa, este capítulo apresenta a descrição metodológica adotada na pesquisa realizada com familiares cuidadores de pessoas idosas acamadas e domiciliadas, no município de Céu Azul – PR. Em seguida, realiza-se uma apresentação de aspectos da Política de Saúde da pessoa idosa na região oeste do Paraná, destacando a área de abrangência da 10ª Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde (SESA – PR), sediada no município de Cascavel - PR, na qual o município de Céu Azul está referenciado. Há, também, uma breve

apresentação da Política de Saúde e demais políticas sociais, que compõem a rede de serviços públicos existentes no município.

São apresentadas na sequência a caracterização das pessoas idosas de familiares que foram entrevistados no município, onde se adotou referências para definição de amostragem representativa do universo da pesquisa, bem como a apresentação das informações e busca de apontamentos para a análise dos dados obtidos com a pesquisa.

### 3.1 DESCRICÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA

O ato de pesquisar é entendido como processo de produção de conhecimentos e no Serviço Social, isto se volta, muitas vezes, para a compreensão de uma dada realidade e de um fenômeno social. Um aspecto que merece relevância, é que o conhecimento é um processo socialmente produzido.

A pesquisa é classificada como uma

[...] atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. (MINAYO, 1999, p. 22).

A respeito da metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa realizada, destaca-se aspectos aproximativos e exploratórios ao objeto de estudos e de natureza qualitativa.

Segundo Chizzotti, a pesquisa qualitativa “[...] parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito” (2006, p.79). Dessa forma, a pesquisa qualitativa requer a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados, uma vez que a relação destes com o objeto apresenta sempre significados.

A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

Minayo (2001) destaca que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que correspondem a um espaço

mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Nesse sentido, esta pesquisa é reconhecida como qualitativa e possui intenções de aproximar-se do método dialético por evidenciar um relacionamento inseparável entre “mundo natural e social, entre pensamento e base material, entre objeto e suas questões, entre ação do homem como sujeito histórico e as determinações que a condicionam”. (MINAYO, 1999, p.12)

No que concerne ao recurso investigativo exploratório, visa aprofundar o problema com vistas a torná-lo mais explícito e claro. A pesquisa envolveu o levantamento bibliográfico; realização de entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos, que objetivam condições para a compreensão do mesmo, caracterizando a pesquisa exploratória. (GIL, 2007).

No caso da pesquisa que se apresenta, a pesquisadora é Assistente Social, trabalhadora da Política de Saúde, lotada na Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul - PR, em cargo efetivo, desde o ano 2013, o que objetiva uma dificuldade de ser sujeito diretamente envolvida no objeto investigado e por outro lado, favorece o conhecimento da realidade institucional que investiga.

Ressalta-se também que a metodologia adotada para a coleta de dados é importante para a construção da pesquisa, sendo que ao apropriar-se de métodos adequados, possibilita que a mesma seja desenvolvida com qualidade, contribuindo assim, para a confiança nos dados obtidos.

Serão abordados neste estudo, os componentes da pesquisa realizada, que tem como questão norteadora: Quais são as dificuldades que se apresentam para as famílias das pessoas idosas com classificação de risco frágil, no atendimento à saúde na atenção básica?

No que se refere ao objetivo geral, buscou identificar quais são as dificuldades que se apresentam para as famílias das pessoas idosas com classificação de risco frágil, no atendimento à saúde na atenção básica. E aos objetivos específicos: Contextualizar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; Identificar a Política de Atendimento à Saúde da pessoa idosa na região oeste do Paraná e em Céu Azul-PR; Identificar a Rede de Atendimento à Saúde da pessoa idosa em Céu Azul-PR, situando os serviços para a pessoa idosa com classificação de risco frágil; Analisar como o cuidado da pessoa idosa com classificação de risco frágil é realizado em âmbito familiar; Analisar as facilidades e dificuldades no acesso à rede de serviços municipais e regionais de saúde e das políticas intersetoriais.

É importante mencionar que o projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme o Parecer Consubstanciado nº. 3.635.595 (Anexo 1) e todos os

participantes da pesquisa entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Além da composição metodológica da pesquisa, apresenta-se o universo e a amostragem, seguidas das técnicas e instrumentos de coleta de dados. O ambiente da pesquisa é a Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul - PR, que está referenciada junto a 10ª Regional de Saúde da SESA - PR, sediada em Cascavel - PR que abrange além de Céu Azul, outros 24 (vinte e quatro) municípios: Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Corbéia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniáçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná, Vera Cruz do Oeste, conforme disposto na Figura 1 abaixo.

FIGURA 1 - MAPA DA 10ª REGIONAL DE SAÚDE DA SESA – PR.



Fonte: SESA, Paraná, 2021.

De acordo com dados do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul para registro das informações e atendimentos dos usuários da Política de Saúde, e em consonância com VES-13, foram identificados 199 (cento e noventa e nove) pessoas idosas, com classificação de risco frágil, atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul, nos anos de 2017 e 2018. A escolha dos referidos anos se deu devido à implantação e o início da utilização do Prontuário Eletrônico

do Paciente (PEP) pela Secretaria Municipal de Saúde ter ocorrido no 2016, sendo que anteriormente a este período, existiam apenas registros em meio físico.

A amostragem representativa do universo supramencionado teve como critério de seleção a amostra intencional, quando se buscou compreender a realidade de uma parte do universo. Definiu-se então por amostragem, trinta por cento (30%) do universo da pesquisa, totalizando 60 (sessenta) pessoas idosas com classificação de risco frágil. Essa amostragem foi caracterizada com base nas informações contidas no PEP.

Para a realização das entrevistas com familiares, foi reduzido o tamanho da amostragem representativa do universo, quando foi definido 30% da amostragem, sendo então realizadas entrevistas com 20 (vinte) familiares cuidadores de pessoas idosas acamadas e/ou domiciliadas. O critério de seleção das pessoas idosas e de familiares, foi por oportunidade, devido ao conhecimento que se tem como trabalhadora da saúde e moradora do município, não sendo definido um critério rígido, mas, entre os familiares que atendiam ao critério principal de ter em sua convivência e sob sua proteção social uma pessoa idosa, classificada pela política de saúde como em risco frágil, aceitar o convite de ser entrevistada, mediante os compromissos com a ética em pesquisa.

A apresentação de caracterização dos sujeitos, decorrente das entrevistas realizadas, será identificado por participante ‘indireto’ da pesquisa a pessoa idosa que se apresenta em cuidados daquele ‘familiar cuidador’ que foi entrevistado (participante direto). As informações estão apresentadas, no terceiro capítulo, quando em primeiro momentos e referem as pessoas idosas que estão em cuidado e, em segundo momento, sobre aquele sujeito que foi entrevistado, ‘familiar cuidador’ responsável.

A Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul conta com quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), com Estratégia Saúde da Família (ESF), optou-se então por selecionar cinco famílias com pessoas idosas com classificação de risco frágil de cada UBS, para participar da pesquisa, totalizando assim 20 (vinte) famílias. Por conseguinte, o objetivo foi conhecer a realidade dessas famílias, que estão referenciadas em UBS diferentes, que se localizam em áreas estratégicas do município, de acordo com a territorialização e adstrição dispostas na PNAB. Sendo assim, uma UBS situada no Centro, uma UBS no bairro Iguazu, uma UBS no bairro União e uma UBS no bairro Boa Vista, sendo esta UBS também responsável por outra UBS localizada na vila rural Nova União. Essa UBS não possui cadastro como ESF, dessa forma compõe a UBS do bairro Boa Vista e realiza o atendimento da população da zona rural do município residente na vila rural Nova União, Linha gaúcha, Linha rural Sbarain, Linha rural

Tatu Jupi, Linha rural Dois de maio, Linha rural Piati, Linha rural Baggio, Linha rural Marca Eva e Linha rural Cantinho do Céu.

O instrumento principal adotado para esta etapa da pesquisa foi a entrevista com roteiro semi-estruturado, o qual foi escolhido por ser considerado o instrumental que mais atenderia as finalidades da pesquisa. As entrevistas foram realizadas, no período de 15 de novembro a 18 de dezembro de 2020, nas UBS e nos domicílios familiares. Um fato importante merece ser destacado: a realização das entrevistas coincidiu com o período pandêmico da Covid - 19. Foi analisada a suspensão da realização das entrevistas, por causa do alto risco de contaminação pela Covid – 19, haja visto que a pesquisadora trabalhar no prédio da Secretaria Municipal de Saúde, local sujeito à referida contaminação, vista quantidade de pessoas que são atendidas diariamente neste espaço. Entretanto, a pesquisadora decidiu por sua realização, devido já ter sido encaminhada uma série de prerrogativas que as preparavam, como o cadastro do projeto na Plataforma Brasil e a comunicação a Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul - PR.

Os dados também foram coletados nos domicílios das pessoas idosas, mediante o consentimento dos familiares entrevistados, visto que não foi possível para alguns destes se deslocarem até as UBS. O instrumental adotado (roteiro semi-estruturado) foi utilizado para a coleta de dados (Apêndice 1). As entrevistas tiveram uma duração média de 40 minutos e as respostas foram registradas integralmente no formulário de entrevista durante a sua realização.

Além disto, a pesquisa contou com a pesquisa bibliográfica, que permitiu a realização de um estudo de categorias relacionadas ao tema da dissertação, por meio de livros e artigos científicos; e a pesquisa documental, onde foi realizada a análise da legislação brasileira relacionada a pessoa idosa e de documentos legais da Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul.

A seguir apresentem-se aspectos da Política de Saúde da pessoa idosa na região oeste do Paraná, seguida de uma breve apresentação da Política de Saúde e demais políticas sociais, que compõem a rede de serviços públicos existentes no município de Céu Azul - PR.

### 3.2 POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ

O Estado do Paraná, localizado na região sul do Brasil, possui 22 (vinte e duas) Regionais de Saúde. Como já apresentado acima, dentre estas, a 10ª Regional de Saúde, que

está entre as cinco mais populosas, compreendendo a microrregião de Cascavel, localizada região oeste do Paraná.

A região administrativa considerada oeste do Paraná concentra, além da microrregião de Cascavel, outras duas microrregiões sendo estas: Toledo e Foz do Iguaçu. É formada por 54 (cinquenta e quatro) municípios que, em sua maioria, são de pequeno porte. De acordo com dados do IBGE sobre a população estimada para 2017, doze municípios da região têm até 5 mil habitantes, 15 (quinze) municípios têm entre 5 e 10 mil, somente um tem entre 50 e 100 mil e, apenas três, têm acima de 200 mil habitantes. Os outros 23 (vinte e três) municípios estão na faixa de 10 a 50 mil habitantes.

O Oeste também se localiza na principal região fronteira do país, fazendo divisa com dois países: Paraguai e Argentina. Essa característica provoca uma série de efeitos, relacionados às relações comerciais e econômicas, à cultura, a elementos da linguagem e do idioma, à segurança, à migração, isto é, a questões da integração entre os três países e suas populações de maneira geral. (PARANÁ, 2018, p.29)

Nas próximas décadas, segundo as projeções populacionais elaboradas pelo IBGE (2018), a dinâmica demográfica do Paraná será determinada, fundamentalmente, pela evolução da fecundidade e pelas mudanças no padrão de mortalidade.

Como consequência dessa dinâmica, a previsão é de que o ritmo de crescimento populacional no Paraná deverá desacelerar, com taxas de crescimento cada vez menores, ao mesmo tempo que a estrutura etária da população será alterada em razão do decréscimo populacional em alguns de seus segmentos, particularmente o de crianças e jovens, e em virtude da crescente participação de pessoas idosas no contingente populacional estadual. (PARANÁ, 2020, p.33)

O município de Céu Azul compõe a microrregião administrativa de Cascavel. Localiza-se no 3º Planalto Paranaense, no extremo Oeste do Estado. É cortado pela rodovia BR 277, que liga Paranaguá a Foz do Iguaçu e, a cidade de Céu Azul situa-se no Km 642.

É considerado município de pequeno porte, integrante dos 25 (vinte e cinco) municípios, que compõem a 10ª Regional de Saúde da SESA - PR, tem como Município de referência Cascavel, situado a 47,5 quilômetros deste e 542,10 quilômetros de Curitiba, Capital do Paraná.

A cidade tem limites com Vera Cruz do Oeste, São Pedro do Iguçu, Capitão Leônidas Marques, Lindoeste, Santa Tereza do Oeste, Matelândia e Capanema (IPARDES, 2018).

FIGURA 2 – MAPA DO MUNICÍPIO DE CÉU AZUL E MUNICÍPIOS LIMÍTROFES



Fonte: IPARDES,2018.

De acordo com o IBGE (2020), o Município de Céu Azul possui uma população estimada de 11.819 habitantes. Tendo como área total 1.180.163 km<sup>2</sup>. O município tem a parte sul integrada ao Parque Nacional do Iguçu, estando 73.10% da área do município localizada no Parque Nacional do Iguçu e 49.56 % do Parque Nacional do Iguçu localiza-se no Município de Céu Azul. (IPARDES, 2020)

Na década de 1950, a região oeste do Paraná era de interesse de grandes empresas colonizadoras, exploradores de terras e madeireiras. Em 1952, a Companhia Pinho e Terras se instalou no local, trazendo trabalhadores, principalmente do Rio Grande do Sul.

Assim, aos poucos a vila foi se formando pela força dos primeiros migrantes, que eram de origem alemã e italiana e que trouxeram também a cultura e a gastronomia para a nova localidade. A emancipação da administração municipal, ocorreu em 22 de dezembro de 1968. (CÉU AZUL, 2021).

A economia do Município, na parte em que está fora do Parque, é baseada no agronegócio, com destaque para a agricultura, principalmente soja, milho e trigo, atividade pecuária, como por exemplo, a leiteira, suíno cultura, avicultura e a produção de ovinos e caprinos. O PIB per capita é de 54.748,10, a Renda per capita é de R\$ 759,41 e o Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) é de 0,732. (IPARDES, 2010)

O município possui densidade demográfica de 9,35 hab/km<sup>2</sup>, com 2.940 domicílios na área urbana e 1.007 na área rural. A população de cor branca predomina com 8.012 habitantes, seguida da cor parda 2.735 habitantes, preta 199 habitantes, amarela 65 habitantes e, indígena 21 habitantes. Referente à Longevidade, o índice é de 0,812 e a Esperança de vida ao nascer é de 73,69 anos (IPARDES, 2010)

Quanto aos serviços municipais existentes na rede de atenção à saúde e nas demais políticas sociais no município, a Política de Saúde é classificada por níveis de atenção, sendo: Atenção básica e Atenção Especializada de média e alta complexidade, que são gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul com supervisão da 10<sup>a</sup> Regional de Saúde da SESA – PR. Destaca-se que a pessoa idosa é usuária dos serviços de saúde nos três níveis de atenção supramencionados e que nem todos os serviços encontram-se disponíveis em Céu Azul, o que requer outras formas de organização da política, em favor de disponibilizar o acesso de usuários aos serviços, mesmo que por meio de deslocamento, conforme será exposto a seguir. Outras vezes, os pequenos municípios ficam sem acesso à disponibilidade dos serviços, como é o caso da internação domiciliar. (SILVA; SENA; LEITE; SEIXAS; GONÇALVES, 2005).

A Atenção Básica, caracterizada por um conjunto de ações de saúde, as quais visam à promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. O município conta com cinco UBS, com quatro equipes credenciadas, implantadas e habilitadas como ESF, bem como duas equipes também credenciadas, implantadas e habilitadas na Estratégia de Saúde Bucal (ESB), além de 17 (dezessete) Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

#### QUADRO 4 - DEMONSTRATIVO DAS EQUIPES DA ESF IMPLANTADAS E HABILITADAS NO MUNICÍPIO DE CÉU AZUL - PR.

NOME	CÓDIGO CNES	EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
ESF 01 UNIÃO	2572109	COM EQUIPE
ESF 02 SÃO CRISTÓVÃO	2572095	SEM EQUIPE
ESF 03 BOA VISTA	2572087	SEM EQUIPE
ESF 04 CENTRAL	2572079	COM EQUIPE

Fonte: CNES. Ministério da Saúde, 2021.

Os atendimentos de saúde na atenção básica são realizados por meio de Consultas básicas com Médico Clínico Geral, Atendimento Odontológico, Atendimento Psicológico, Atendimento Social, Assistência Farmacêutica em duas Farmácias Básicas, Laboratório de Análises Clínicas, Clínica de Fisioterapia, Hidroginástica, Hidroterapia, Programa Vida Ativa

(atividades físicas em grupo), sete Academias da saúde, um Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), Vigilância em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental.

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2020, registram que 100% da população do município é acompanhada pela ESF. A atenção básica do município conta com Programas de saúde, dentre eles destacam-se o Programa de Saúde Mental; Programa de Hipertensão; Programa de Diabéticos; Programa de Prevenção do Câncer de Mama e de Colo Uterino e o Programa de Abordagem e Tratamento do Tabagismo. (CÉU AZUL, 2018)

Cada UBS, com ESF, conta com consultório médico, consultório odontológico, farmácia, recepção, sala de espera, sala para Agentes Comunitários de Saúde, almoxarifado, sala de vacina, sala de preparo, recepção, lavanderia, expurgo, cozinha e banheiros.

A ESF, por meio das equipes de profissionais, realiza os seguintes serviços:

- Enfermagem: pré-consultas, curativos, inalações, aplicação de medicações injetáveis, puericultura, preventivo e visitas domiciliares;
- Médicos: Consultas na unidade de saúde e visitas domiciliares;
- Agentes Comunitárias de Saúde: Cadastramento de famílias e atualização permanente dos cadastros, identificação de áreas de risco, orientação às famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico quando necessário. (CÉU AZUL, 2018)

A Média Complexidade em saúde é composta por ações e serviços, que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio ao diagnóstico e ao tratamento.

Por isto, para estes serviços, o Município encontra-se integrado ao Consórcio Intermunicipal do Oeste do Paraná (CISOP), que foi criado e constituído em 24 de novembro de 1995 e é formado pelos 25 (vinte e cinco) municípios, da área de abrangência da 10ª Regional de Saúde – SESA – PR, cuja população atinge 469.153 (quatrocentos e sessenta e nove mil cento e cinquenta e três) habitantes. Tendo o município de Cascavel, como principal contingente populacional de usuários dos serviços de saúde, ou seja 52,24% da população e os demais municípios correspondem à 47,76 % da população atendida.

O CISOP é mantido com recursos do Sistema Único de Saúde - SUS e para complementar o orçamento, os municípios consorciados contribuem, por meio de mensalidades proporcionais à população de cada município. Ademais, os principais atendimentos contemplados são consultas especializadas, exames laboratoriais, exames em geral, como por

exemplo, raio-x, eletrocardiograma, eletroencefalografia, colonoscopia, também é realizado atendimento ao diabético, pequenas cirurgias e consultas realizadas no Centro de Orientação de Apoio e Sorológico – COAS. (CISOP, 2021).

Referente à Atenção Especializada, conforme conceituação do Ministério da Saúde é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo. Objetiva, desse modo, propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). (BRASIL, 2015). Esse nível de atenção em saúde no município de Céu Azul conta com um Hospital Geral, administrado por uma Fundação de Saúde, o qual conta com 23 (vinte e três) leitos: 21 (vinte e um) pelo SUS e dois Particulares e Convênios, dispondo de Pronto Atendimento 24 horas. Conta com uma base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), onde as urgências e emergências são encaminhadas através da Central de Leitos para atendimento de média e alta complexidade.

Os serviços componentes da Atenção Especializada em saúde, também são realizados em Clínicas, Ambulatórios, Unidades Hospitalares de Cascavel e de outros municípios do Estado do Paraná. Os atendimentos são regulados via Central de Regulação de Leitos do Paraná. Tem-se como unidade hospitalar de referência para a região oeste do Paraná, principalmente para os municípios da área de abrangência da 10ª Regional de Saúde, o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). Também conta com Serviço Integrado de Saúde Mental (SIM-PR).

No que se refere à intersetorialidade, referente à Política de Assistência Social, desenvolvida por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), tem-se a Secretaria Municipal de Assistência Social, que conta com órgão gestor. Esse órgão realiza a gestão da política no âmbito da proteção social básica e proteção social especial no município.

Quanto à proteção social básica, seu principal equipamento é o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Este centro é responsável pela oferta do principal serviço socioassistencial, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que visa fortalecer a função protetiva da família no serviço prestado, buscando prevenir e/ou recuperar a ruptura de vínculos familiares e comunitários. Além disso, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) visa prevenir as situações de risco social ao ampliar trocas culturais e de vivências, ao desenvolver o sentimento de pertencimento e as identidades, ao fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. Este serviço, portanto, é organizado por ciclos de vida.

O SCFV para pessoa idosa tem como foco o desenvolvimento de atividades com a finalidade de contribuir para que o processo de enfrentado pelas pessoas idosas, decorrentes da idade, sejam saudáveis, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, para o fortalecimento dos vínculos familiares e para o convívio comunitário. Nesse âmbito, os serviços incluem atividades artísticas, culturais, esportivas e de lazer, que valorizam as experiências dos usuários, estimulam e potencializam a condição de escolher e decidir, bem como a participação social. Os usuários do serviço são pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social. (BRASIL, 2015)

O CRAS conta também com benefícios assistenciais divididos em duas modalidades - o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e os Benefícios Eventuais. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo à pessoa idosa com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais e à pessoa com deficiência de qualquer idade, mediante comprovação de não possuir meios próprios ou familiares de se sustentar. Os Benefícios Eventuais são caracterizados por serem suplementares e temporários, prestados aos cidadãos e às famílias nas situações de nascimento, morte, de vulnerabilidade provisória e calamidade pública.

No âmbito da proteção social especial, a Secretaria de Assistência Social dispõe de uma equipe, composta por um Assistente Social e uma Psicóloga, que realiza o serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência, pessoas idosas e suas famílias, haja vista a inexistência do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) no município. Faz parte da estrutura da Secretaria de Assistência Social, o Clube de Convivência para pessoas idosas, com desenvolvimento de atividades educativas, de cultura, de lazer e convivência comunitária para pessoas idosas.

Ressalta-se a importância da existência do Conselho Municipal do Idoso, como instrumento de controle social de defesa dos direitos e das políticas de atendimento à pessoa idosa, o qual exerce um papel também de agregador de esforços das políticas setoriais.

Sobre à Política de Educação no município, ofertada a pessoa idosa, tem-se o Programa Educação de Jovens e Adultos (EJA) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). O EJA é uma modalidade de ensino destinada aos jovens, adultos e pessoas idosas, os quais não tiveram acesso à educação na escola convencional na idade apropriada. (BRASIL, 2021).

A APAE é uma sociedade civil, filantrópica, de caráter cultural, assistencial e educacional, a qual objetiva melhorar as condições de vida do portador de deficiência e,

principalmente, assegurar-lhe o desenvolvimento e os direitos de cidadão, entre estes, a pessoa idosa.

No âmbito da Cultura, o município conta com um Coral de Vozes, composto por jovens, adultos e pessoas idosas, que realizam apresentações em datas festivas do município. No âmbito do esporte e lazer, o município dispõe de praça com área para eventos ao ar livre e lanchonete, três pistas para caminhada e corrida, e duas academias da terceira idade, situadas no Lago Municipal e no Parque Nacional do Iguaçu.

De acordo com a apresentação dos serviços municipais de saúde e das demais políticas sociais, constata-se que o município de Céu Azul, possui um número de serviços para atendimento a pessoa idosa, os quais ainda carecem de ampliação e de desenvolvimento de ações intersetoriais e fortalecimento de redes entre os serviços, voltadas para a esse público.

É sabido, no âmbito das políticas sociais o desenvolvimento de ações fragmentadas quase sempre proporciona resultados menos significativos em relação às ações articuladas e coletivas, pensadas como rede de serviços para um determinado público, neste caso a população idosa. Considera-se, essa situação pode contribuir para que se tenha dificuldades para a consolidação da proteção social à pessoa idosa.

A seguir, apresenta-se a caracterização da pessoa idosa com classificação de risco frágil.

### 3.3 O PERFIL DA PESSOA IDOSA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FRÁGIL DO MUNICÍPIO DE CÉU AZUL – PR.

Para caracterização de pessoas idosas com classificação de risco frágil no município de Céu Azul - PR foram sistematizadas informações disponíveis no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) da Secretaria Municipal de Saúde. Como já exposto, para identificar os prontuários, foi adotada a seguinte metodologia: A amostra intencionalmente selecionada, foi de trinta por cento (30%) do total de 199 (cento e noventa e nove) pessoas idosas com classificação de risco frágil, atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul – PR, nos de 2017 e 2018, totalizando 60(sessenta) pessoas. Foram analisados 60 (sessenta) prontuários eletrônicos de usuários, pessoas idosas, na condição de domiciliados e na condição de acamados.

Apresentam-se, primeiramente, os dados pessoais, relativos ao sexo, idade, estado civil, profissão e endereço, especificando se a residência está localizada em área rural ou urbana. Em um segundo momento, são apresentados os dados clínicos, relacionando se as pessoas idosas, acamadas e/ou domiciliadas, classificadas pela Política de Saúde como em risco frágil, fizeram

consultas com médico clínico geral, quais especialidades foram acessadas e em qual periodicidade, quais patologias apresentadas, se acessaram a farmácia e os laboratórios de exames do SUS.

O levantamento apresentado possibilita traçar o perfil destas pessoas idosas, podendo inclusive, de alguma forma contribuir para processos que buscam definir estratégias de programas direcionados à promoção da saúde da pessoa idosa.

No Quadro 2, abaixo, apresentam-se os dados pessoais dos usuários, pessoas idosas acamadas e/ou domiciliadas, classificadas pela Política de Saúde como em risco frágil:

#### QUADRO 5 - DADOS PESSOAIS

SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	ENDEREÇO
43 feminino	60 a 96 anos	7 solteiros	48 aposentados /pensionistas	51 residem na zona urbana
17 masculino		21 casados	5 'do lar'	9 residem na zona rural
		1 divorciado	1 auxiliar de serviços gerais	
		19 viúvos	6 não informaram	
		12 informaram		

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

De acordo com o apresentado no quadro acima, os 60 prontuários verificados apontaram que, são 43 (quarenta e três) usuários do sexo feminino e 17 (dezessete) do sexo masculino, com idade entre 60 (sessenta) a 96 (noventa e seis) anos. No que diz respeito ao estado civil dos usuários, 7 (sete) são solteiros, 21 (vinte e um) são casados, um divorciado, 19 (dezenove) são viúvos, 12 (doze) não informaram.

Sobre a profissão dos usuários, foi identificado que a maioria destes são aposentados e/ou pensionistas, totalizando 48 (quarenta e oito) usuários. Os demais são: cinco 'do lar', um Auxiliar de Serviços Gerais e, seis não informaram se tinham alguma profissão.

Referente ao endereço, foi constatado na análise dos prontuários, que 51 (cinquenta e um) dos sessenta usuários reside na zona urbana. Sendo 12 (doze) no centro, 12 (doze) no bairro União, 9 (nove) do bairro São Cristóvão, 6 (seis) no bairro Iguazu, 4 (quatro) no bairro Parque Verde, 4 (quatro) no bairro São Lucas e 4 (quatro) no bairro Industrial. Os demais (nove) residem na área rural.

Nos prontuários também constam os dados clínicos dos usuários, sendo estes: consultas básicas, consultas especializadas, especialidades médicas, outras especialidades em saúde, frequência das consultas, patologias apresentadas, medicamentos retirados na Farmácia Básica e Exames realizados.

QUADRO 6 – NÚMERO DE CONSULTAS BÁSICAS, CONSULTAS ESPECIALIZADAS E FREQUÊNCIA DAS CONSULTAS.

CONSULTAS BÁSICAS (Clínico Geral)	CONSULTAS ESPECIALIZADAS	FREQUÊNCIA DAS CONSULTAS
60 pessoas idosas foram consultadas	48 pessoas idosas foram consultadas	20 atendimentos trimestrais 18 atendimentos bimestrais 16 atendimentos mensais 4 atendimentos semestrais 2 atendimentos anuais

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

Identifica-se dos 60 (sessenta) usuários que foram consultados por médico clínico geral, 48 (quarenta) foram consultados por médicos especialistas. No que tange à frequência das consultas, foi observado que 20 (vinte) usuários receberam atendimentos trimestrais, 18 (dezoito) usuários receberam atendimentos bimestrais, 16 (dezesesseis) receberam atendimentos mensais, 3 (três) receberam atendimentos semestrais e 2 (dois) receberam atendimentos anuais.

Sobre as especialidades médicas acessadas, tem-se 17 (dezessete) especialidades diferentes, sendo estas:

QUADRO 7 - ESPECIALIDADES MÉDICAS ACESSADAS

ESPECIALIDADES MÉDICAS	
Ortopedia	Endocrinologia
Neurologia	Radiologia
Ginecologia	Oftalmologia
Otorrinolaringologia	Pneumologia
Reumatologia	Cirurgia Geral
Cardiologia	Urologia
Psiquiatria	Cirurgia Vascular
Nefrologia	Coloproctologia
Dermatologia	

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

Segundo o exposto, dentre as especialidades mais acessadas, destacam-se três, sendo estas a Cardiologia com 25 (vinte e cinco) consultas, a Ortopedia com 15 (quinze) consultas e a Neurologia com 6 (seis) consultas.

Ainda foram identificadas outras especialidades em saúde acessadas pelos usuários, por exemplo: Odontologia, Fisioterapia e Psicologia. Tendo 21 (vinte e um) atendimentos de Psicologia, 6 (seis) atendimentos de Odontologia e 2 (dois) atendimentos de Fisioterapia.

No que diz respeito às patologias apresentadas, foram identificadas nos 60 prontuários, 47 (quarenta e sete) patologias, sendo estas:

#### QUADRO 8 - PATOLOGIAS APRESENTADAS

PATOLOGIAS		
Hipertensão Arterial	Doença Diverticular	Ataxia
Dislipidemia	Catarata	Reumatismo
Hanseníase	Insuficiência Venosa	Síndrome Demencial
Leucemia	Anemia	Doença Degenerativa da Coluna Torácica
Fibrilação Arterial	Nefropatia diabética	Levotiroidismo
Doença de Alzheimer	Gastrite	Câncer Peritonal
Trombose Venosa Profunda	Doença Pulmonar Obstrutiva	Úlcera Venosa
Cardiopatia	Crônica	Polirtrose
Ansiedade	Amaurose Bilateral	Acidente Vascular Cerebral
Doença de Parkinson	Hérnia de Hiato	Osteoporose
Insuficiência Renal Crônica	Artrose	Síndrome do Túnel do Carpo
Depressão	Esquizofrênia	Câncer de Próstata
Câncer de pele	Distúrbio do sono	Síndrome Mielodisplásica
Dispepsia	Osteopenia	Diverticulose
Insuficiência Vascular	Hiperplasia Prostática	Obesidade
Câncer de cólon	Hipotireoidismo	

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

Dentre as doenças listadas no quadro acima, destacam-se: Hipertensão Arterial com 52 (cinquenta e dois) usuários diagnosticados, Diabetes Mellitus II com 27 (vinte e sete) usuários diagnosticados, Cardiopatia com 13 (treze) usuários diagnosticados, Ansiedade com 12 (doze) usuários diagnosticados e a Dislipidemia com 11 (onze) usuários diagnosticados.

Os prontuários mostraram ainda que os 60 (sessenta) usuários acessaram medicamentos na Farmácia Básica, bem como, exames laboratoriais e especializados.

Diante da descrição destes dados entende-se que a amostragem representativa do universo da pesquisa, apresenta um grupo de pessoas idosas com classificação de risco frágil, composto em número maior por mulheres. Esse grupo é residente, em sua maioria, na zona urbana, acometido de várias patologias, muitas delas crônicas e incapacitantes, as quais demandam auxílio para tratamento e cuidados diários. Mesmo em se tratando de patologias

severas, que trazem prejuízos à qualidade de vida dessas pessoas idosas, a longevidade está presente nesse grupo, pois a maioria das pessoas idosas tem entre 70 (setenta) a 96 (noventa e seis) anos.

Pode-se levantar a hipótese de que um fator importante para a longevidade, nesta situação, é o acesso aos serviços de saúde. O que se quer dizer é que, por meio dos prontuários verificados, observou-se que todas as pessoas idosas possuem acesso aos serviços de saúde, tanto no nível da atenção básica em saúde, quanto atenção especializada em saúde. Sendo maior, portanto, o número de pessoas idosas que acessaram apenas consultas médicas na atenção básica em saúde.

Se a hipótese levantada com base na sistematização dos prontuários estiver correta, este é um ponto positivo para se destacar, visto que quando um problema de saúde permanece no primeiro nível de atenção em saúde, ou seja, na atenção básica em saúde, não é necessário o encaminhamento à atenção especializada, denotando uma possível melhoria no que tange à resolutividade das ações da ESF como porta de entrada para os serviços de saúde no SUS.

Destaca-se, ainda, a periodicidade dos atendimentos de saúde, bem porque a maioria das pessoas idosas tiveram acesso a consultas médicas trimestralmente. Isso demonstra, por um lado, a necessidade apresentada pelos mesmos, e por outro, o acompanhamento sistemático realizado através dos serviços de saúde disponibilizados.

Em geral, ressalta-se que as doenças, que acometem essas pessoas idosas, são crônicas e múltiplas, exigindo acompanhamento da equipe de profissionais da saúde, como também, o uso de medicação contínua.

É preciso considerar, todavia, que o bem-estar na velhice resulta do equilíbrio entre as várias dimensões de saúde - físico, mental e social -, sem significar, necessariamente, a ausência de problemas em todas elas.

Apresentam-se a seguir os conteúdos das entrevistas realizadas com familiares cuidadores de pessoas idosas com classificação de risco frágil.

### 3.4 O CUIDADO À PESSOA IDOSA EM ÂMBITO FAMILIAR

#### 3.4.1 A PESSOA IDOSA

Apresenta-se a seguir a sistematização dos conteúdos obtidos por meio da realização das entrevistas com familiares das pessoas idosas de Céu Azul, conforme descrito acima. As entrevistas foram realizadas com 20 (vinte) familiares cuidadores de pessoas idosas, com

classificação de risco frágil, atendidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul. A sistematização dos conteúdos das entrevistas, se referem em primeiro momento, as pessoas idosas (participantes indiretos) e, em segundo momento aos entrevistados (participantes diretos) e se dão por meio de quadros, gráficos e tabelas, os quais visaram a organização em favor de realização de uma possível análise.

Inicia-se, com a apresentação do perfil das pessoas idosa participantes indiretos da pesquisa, por meio da Tabela 1, que dispõe sobre a idade das referidas pessoas idosas.

**TABELA 1 - IDADE DAS PESSOAS IDOSAS**

IDADE	Nº. RESPOSTA
60 anos	1
62 anos	1
65 anos	1
70 anos	2
73 anos	1
74 anos	2
75 anos	1
76 anos	2
77 anos	1
79 anos	1
83 anos	1
84 anos	3
85 anos	1
90 anos	1
92 anos	1

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

Observa-se acima, a maior incidência de pessoas idosas na faixa etária de 70 (setenta) a 79 (setenta e nove) anos de idade, totalizando 10 (dez) pessoas idosas, - perfazendo 50% do total das 20 famílias entrevistadas-; 6(seis) encontram-se na faixa etária entre 83 (oitenta e três) a 92 (noventa e dois) anos de idade; e(3) três têm entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

A expectativa de vida do brasileiro, segundo o IBGE (2020) vem aumentando: a pessoa que nascer em 2020 poderá viver em média 76,7 anos; a que nascer em 2040, até 79,9 e em 2060, até 81,2 anos. Para efeito comparativo, a previsão para quem nasceu em 2000, a expectativa média de vida é de 69,8 anos.

O fato das pessoas viverem mais é uma excelente notícia, porém é sabido que a esperança de vida ao nascer e nas idades avançadas está atrelada às condições de vida e de saúde da população, o que requer acesso aos serviços das políticas sociais, onde pode residir a efetividade da seguridade social e a proteção social. Isso requer a definição de orçamentos públicos voltados às políticas sociais, por parte do Estado, a prioridade da comunidade e da família sobre os desafios postos para que o direito à qualidade de vida da pessoa idosa; ou seja, o aumento do número de anos de vida, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção

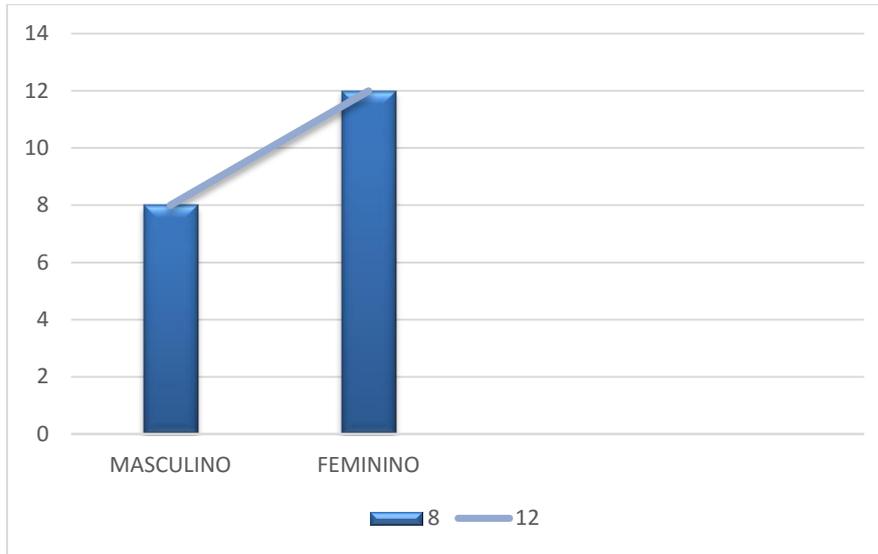
Realidade é que nas mudanças societárias contemporâneas, um dos fatores é o envelhecimento populacional, novos contornos familiares vão ganhando visibilidade, com a prevalência de famílias com menor número de pessoas e aumento do número de pessoas idosas que atingem maior tempo de vida. (CAMARANO, KANSO E FERNANDES, 2014).

Entre as 20 pessoas idosas, a maior parte (dez), apresenta mais idade (70 a 79 anos) e três pessoas tem idades entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos de idade, ou seja, o número de pessoas idosas com mais idade prevalece neste grupo investigado. Isso pode indicar que os idosos adquirem a classificação sugerida pela política de saúde como frágil, com mais idade, o que pode indicar que os com menos idade podem ser mais saudáveis. Observa-se que esta análise é pertinente para a realidade social, antes da pandemia da Covid -19, que objetivou outra realidade para a pessoa idosa, a qual não foi considerada nesta investigação e análise.

Isso indica que este perfil demográfico requisita maior disponibilização de serviços que assegurem o acesso às políticas sociais, o que também requer uma gestão adequada, que ultrapasse o caráter paliativo e que consiga assegurar à população os mínimos sociais necessários para um envelhecimento saudável, conforme preconizam as políticas voltadas às pessoas idosas no país.

A seguir, o Gráfico 1 apresenta o sexo das pessoas idosas, obtido no levantamento realizado com as 20 familiares cuidadores em Céu Azul.

GRÁFICO 1 – SEXO DAS PESSOAS IDOSAS



Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

Entre as 20 (vinte) pessoas idosas participantes indiretas da pesquisa, destaca que 12 (doze), são do sexo feminino e 8 (oito) são do sexo masculino. Esses dados podem indicar a feminização da velhice. “[...]as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens.” conforme destacam Nicodemo e Godoi. (apud KANSO, ALMEIDA, MAFRA, SILVA, 2015, p. 116).

Se a feminização da velhice, é um fator relevante do envelhecimento da população brasileira, de repercussão significativa nas relações de gênero, isso significa que os estudos sobre a pessoa idosa devem tomar como ponto de partida tal relevância. Segundo Saffioti (2003), gênero é um conceito que diz respeito às construções sociais do que sejam características consideradas femininas ou masculinas baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos. Nesse contexto, há um processo dinâmico de representação e uma representação do que significa ser mulher ou homem em situações cotidianas, o que, por sua vez, influencia a forma como se comportam homens e mulheres e influenciam as formas como são abordados os indivíduos.

As relações de gênero se constituem em um processo histórico em que são capazes de revelar aspectos de discriminação e violência, em que as mulheres estiveram em grande parte de sua vida subalternizadas à mercê de precárias condições de trabalho e vida. Na maioria das vezes, excluídas do acesso aos direitos trabalhistas e ao mercado de trabalho formal, como se

pode observar a presença da informação na identificação de suas profissões nos prontuários de saúde como ‘do lar’.

[...] as consequências da feminização da velhice em termos sociais são evidentes, a maioria das mulheres idosas de hoje não teve um trabalho remunerado durante a vida adulta e, conseqüentemente, é mais pobre e tem menor grau de escolaridade; nesse contexto, elas estão expostas por períodos mais longos a doenças crônico-degenerativas, à viuvez e à solidão. (MOURA, DOMINGOS, RASSY, 2010, p. 852)

Diante do exposto, destaca-se que vários aspectos da realidade da velhice feminina, perpassam um processo de discriminação e violência, decorrentes da desproteção social. Dessa forma, compreende-se que se faz necessária a incorporação e/ou fortalecimento de políticas para mulheres nos municípios, visando contribuir com a garantia da ampliação da igualdade de gênero, o que implica considerar a infância, a adolescência, a vida adulta e a terceira idade.

A Tabela a seguir, retrata a escolaridade das pessoas idosas participantes indiretas da pesquisa, que caracteriza um dos fatores fundamentais ao desenvolvimento humano.

**TABELA 2 - ESCOLARIDADE DAS PESSOAS IDOSAS**

GRAU DE ESCOLARIDADE	Nº. RESPOSTA
Analfabeto (a)	2
Analfabeto(a) Funcional	4
Ensino Fundamental Incompleto	14

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE – Toledo, 2021.

Das 20 (vinte) pessoas idosas participantes indiretas da pesquisa, 14 (quatorze) possuem o Ensino Fundamental Incompleto (anos iniciais), 4 (quatro) são analfabetos funcionais e outros 2 (dois) são analfabetos.

Diante desses números, é importante ressaltar que estas pessoas idosas possuem baixo grau de escolaridade. E conforme preconiza o Art. 1º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB

A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. (COLOMBO E WELTER, 200, p. 97)

Portanto, a educação não deve ser compreendida apenas como mecanismo de acesso ao mercado de trabalho, devendo ser interpretada em sua totalidade, ou seja, seus aspectos sociais, políticos e culturais precisam ser considerados, para que se entenda a educação como propulsora do desenvolvimento das potencialidades do ser humano.

De acordo com dados da PNAD (2018), as pessoas idosas são 30% dos analfabetos no país, sendo que o total da população idosa tem 3,3 anos de estudo completos, bem menos que a média brasileira, que é de 9,3 anos. Quanto maior a faixa etária, maior a proporção de analfabetos. Em 2018, eram quase 6 milhões de analfabetos com 60 (sessenta) anos ou mais, o que equivale a uma taxa de analfabetismo de 18,6% para esse grupo etário.

A educação é essencial para a melhoria das condições de vida da população. Esta é mediadora de oportunidades, contribui para a inserção no mercado de trabalho e para o aumento no rendimento familiar, promovendo cidadania e inserção social. Logo, ao constatar um baixo nível de escolaridade neste segmento populacional, pode-se indicar que há um percentual considerado de pessoas idosas que apresenta dificuldades de acesso à informação e, portanto, para reivindicar a efetivação dos seus direitos sociais, dentre eles, o direito à saúde.

Uma população esclarecida, conhece melhor seus direitos e pode contribuir para a organização da sociedade civil, na luta por melhores condições devida e de acesso aos direitos sociais, fazendo enfrentamentos necessários para superação de barreiras aos mecanismos de exclusão que confirmam a desigualdade vigente.

Nesse sentido, outro dado importante a ser analisado é a profissão das pessoas idosas, a qual demonstra a relação entre o grau de escolaridade, o mercado de trabalho e renda dos mesmos.

**TABELA 3 - PROFISSÃO DAS PESSOAS IDOSAS**

PROFISSÃO	Nº. RESPOSTA
Aposentado (a)	9
Pensionista	3
Aposentado(a) e Pensionista	2
Não possui profissão (Beneficiário do BPC)	6

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE – Toledo, 2021.

Do total de pessoas idosas participantes indiretas da pesquisa, 9 (nove) são aposentados, 3 (três) pensionistas, 2 (dois) aposentados e pensionistas e outros 6 (seis) declararam não ter profissão, sendo estes beneficiários do BPC.

No Brasil, mediante contribuição prévia durante o período de atividade profissional, é assegurada a renda nos termos da Lei 8.213/1991, que de acordo com o Art. 1º

A Previdência Social, mediante contribuição, tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente. (BRASIL, 2021, p.1)

Destaca-se que das pessoas idosas pesquisadas, 11 (onze) são aposentados, ou seja desenvolveram atividade profissional mediante contribuição junto à Previdência Social por período suficiente para aposentarem-se; dos outros 9 (nove) pessoas idosas, 3 (três) são dependentes de pensão por morte do cônjuge e, 6 (seis) são beneficiários do BPC.

Diante dessa realidade, é importante compreender a dinâmica que envolve a renda das pessoas idosas e dos familiares, que compõem o grupo familiar.

**TABELA 4 – RENDA FAMILIAR**

RENDA FAMILIAR	Nº. RESPOSTA
2 salários mínimos	13
3 salários mínimos	3
4 salários mínimos	1
6 salários mínimos	2
10 salários mínimos	1

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

Os dados da Tabela 4 sinalizam que 13 (treze) das 20 (vinte) pessoas idosas participantes indiretas da pesquisa, possuem renda familiar de dois salários mínimos, baixo valor diante das necessidades do processo de envelhecimento, que além das despesas básicas, como água, luz, alimentação, vem acompanhado de despesas que incluem, por exemplo, um outro tipo de dieta alimentar, suplementos, medicamentos, fisioterapia domiciliar, acessibilidade, entre outros. Logo, a pessoa idosa carece de renda financeira maior para suprir tais necessidades, visto que não são atendidas em sua totalidade pelas políticas sociais.

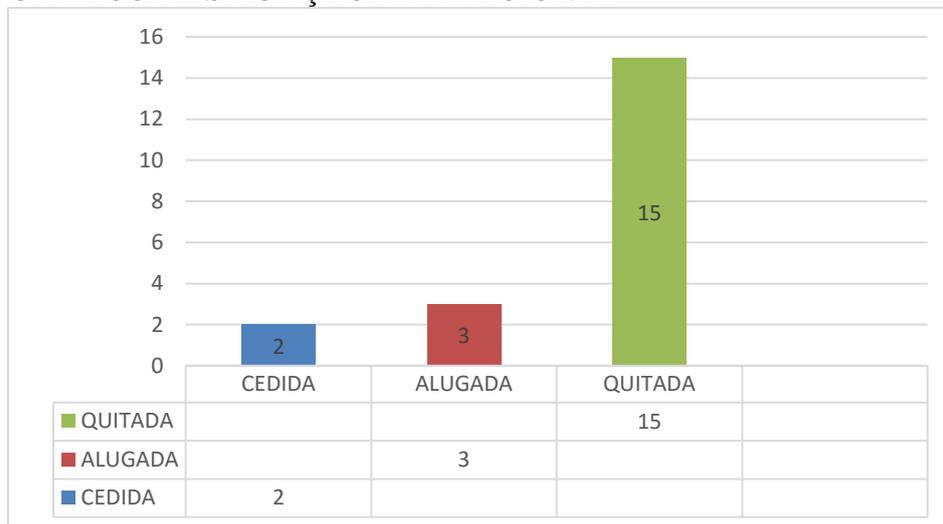
Destaca-se assim, que o grupo de pessoas idosas participantes indiretas da pesquisa pertencem à classe trabalhadora, a qual sofre as consequências da não distribuição da riqueza

produzida socialmente e das demais desigualdades sociais, que além de contribuírem para o agudizamento da pobreza, comprometem a condição de vida da população.

Isto posto, entende-se que a escolaridade é um dos fatores principais no que tange às diferenças salariais entre trabalhadores, pois, através do mesmo, pode-se adquirir condições de melhor acesso ao mercado de trabalho e ao salário. Outro fator importante, para além da relação com o mercado de trabalho, é a educação em si, que tem como base o desenvolvimento do homem, enquanto ser humano e enquanto sujeito de direitos.

A seguir, apresenta-se outro dado relevante: a situação habitacional, que também gera impacto na renda familiar das pessoas idosas.

GRÁFICO 2 – SITUAÇÃO HABITACIONAL



Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

Como é possível analisar no Gráfico 2, das 20 (vinte) pessoas idosas participantes indiretas da pesquisa, 15 (quinze) possuem casa própria, 3 (três) residem em imóvel alugado e 2 (dois) residem em imóvel cedido por familiares. O Estatuto do Idoso, em seu artigo 37, estabelece que: “O idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.” (BRASIL, 2013, p.6)

Mesmo considerando que a maioria destas pessoas idosas possuem casa própria, existe um percentual importante de pessoas idosas, que não conseguiram acessar o direito à habitação própria. Essa realidade é preocupante, pois de acordo com a análise sobre a renda familiar, o gasto mensal com o aluguel pode vir a impactar diretamente na renda da pessoa idosa, que contribui com as despesas no âmbito familiar, uma vez que, muitas vezes a pessoa idosa constitui-se no único provedor da renda familiar. Considerando as despesas mensais, é triste

constatar que muitas vezes, a conta mensal não fecha, e o valor destinado ao pagamento de aluguel, deixa de suprir outras necessidades básicas essenciais à saúde e às condições de vida da pessoa idosa.

Segundo Schussel “Observa-se que a renda da aposentadoria, muitas vezes passa a ser a principal renda da família, obrigando tanto a pessoa idosa quanto os familiares a uma convivência, que nem sempre representa o que desejariam. A presença das pessoas idosas nesses casos, é responsável por reduzir o grau de pobreza.” (2012, p. 61)

A seguir, apresentam-se dados que contribuem com a discussão acima, pertinentes à variável composição familiar das pessoas idosas participantes indiretas da pesquisa.

**TABELA 5 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

COMPOSIÇÃO FAMILIAR	Nº. RESPOSTA
Esposo pessoa idosa com classificação de risco frágil e Esposa idosa	2
Esposa pessoa idosa com classificação de risco frágil e Esposo pessoa idosa	2
Mãe pessoa idosa com classificação de risco frágil e filha	2
Mãe pessoa idosa com classificação de risco frágil, filha e genro	1
Mãe pessoa idosa com classificação de risco frágil, filha, genro e 3 netos	1
Mãe pessoa idosa com classificação de risco frágil, filho, filha e genro	1
Pai pessoa idosa com classificação de risco frágil e filha	1
Mãe pessoa idosa com classificação de risco frágil, filha, genro e neta	1
Mãe pessoa idosa com classificação de risco frágil, pai pessoa idosa, filha, genro e 2 netas	1
Pai pessoa idosa com classificação de risco frágil, mãe idosa, filha, genro e 2 netas	1

Pai pessoa idosa com classificação de risco frágil, filho, nora e 2 netos	1
	1
Mãe pessoa idosa com classificação de risco frágil, pai pessoa idosa, filha e neto	1
Mãe pessoa idosa com classificação de risco frágil, filha, genro, neto	2
	1
Pai pessoa idosa com classificação de risco frágil, mãe e filha	1
	1
Pai pessoa idosa com classificação de risco frágil, mãe, filha e genro	
Mãe idosa com classificação de risco frágil, pai pessoa idosa, filha, genro, neta	

---

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

Referente à composição familiar, tomando por referência para esta situação, a família como sendo as pessoas que residem na mesma residência da pessoa idosa, tendo de alguma forma participação em sua rotina diária, entre as aquelas que foram abordadas nas entrevistas, o número máximo foi de 5 (cinco) pessoas e o número mínimo uma pessoa.

Quanto à composição, conforme se viu acima: 14 (quatorze) pessoas idosas residem com filhos (as) e outros familiares, como cônjuge, genros, noras e netos e 4 (quatro) pessoas idosas residem somente com o cônjuge. Estes dados não se diferenciam da realidade em geral dos idosos no país, em que as pessoas idosas residem com os filhos.

O envelhecer demanda cuidados, dado o processo natural do envelhecimento humano. Tal contexto requer atenção especial do Estado para suprir as necessidades deste público. Todavia, a família sempre foi considerada responsável pelo cuidado da pessoa idosa, inclusive nos instrumentos legais referentes à pessoa idosa.

Vale ressaltar que a responsabilização familiar é uma tendência neoliberal que visa à diminuição do papel do Estado como mecanismo de redução de gastos sociais. (TEIXEIRA, 2008). Entende-se que a família também é provedora de cuidados, no entanto, é dever do Estado garantir a proteção social as pessoas idosas de forma universal e com qualidade, e não através da transferência de responsabilidades.

Ainda segundo Teixeira (2008), a grande parte das pessoas idosas no Brasil reside com seus filhos. Tal conjuntura revalida os dados deste estudo em que a maioria das pessoas idosas participantes indiretas da pesquisa residem somente com filhos, ou com filhos e outros membros familiares.

A análise da Tabela seguinte trata do grau de parentesco do familiar cuidador entrevistado (participante direto da pesquisa) com a pessoa idosa (participante indireto da pesquisa).

**TABELA 6 - GRAU DE PARENTESCO DA PESSOA IDOSA COM O FAMILIAR CUIDADOR ENTREVISTADO**

PESSOA IDOSA	Nº. RESPOSTA
Mãe	7
Pai	3
Esposa	3
Esposo	2
Avó	2
Avô	1
Sogra	1
Sogro	1

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

A Tabela 6 apresenta dados referentes ao grau de parentesco da pessoa idosa com classificação de risco frágil com o familiar cuidador entrevistado, sendo 7 (sete) mães, 3 (três) pais, 3 (três) esposas, 2 (dois) esposos, 2 (duas) avós, um avô, uma sogra, um sogro.

No que concerne à forma como as famílias estão estruturadas, a relação de parentesco entre pessoas idosas e cuidadores familiares que foram entrevistados, é muito próxima. Assim, a maioria dos cuidados são dispensados aos pais e mães, com a predominância de filhas como cuidadoras e ao cônjuge, com predominância de esposas cuidando de seus esposos.

A literatura ressalta que:

Os cuidadores familiares são aqueles que atendem às necessidades de autocuidado de indivíduos com algum grau de dependência, por períodos prolongados, frequentemente até a morte da pessoa idosa. É ele quem assume a responsabilidade de dar suporte ou de assistir às necessidades do indivíduo, garantindo desde cuidados básicos, como alimentação e higiene, e outras atividades como ir ao supermercado e realizar tarefas financeiras. Na maioria das vezes o cuidado é realizado por mulheres, filhas ou esposas, que residem com o idoso e cuidam em tempo integral, sendo esta quase sempre uma atividade solitária, realizada sem revezamento com outros familiares. (ARAÚJO E FERNANDES, 2015, p.3)

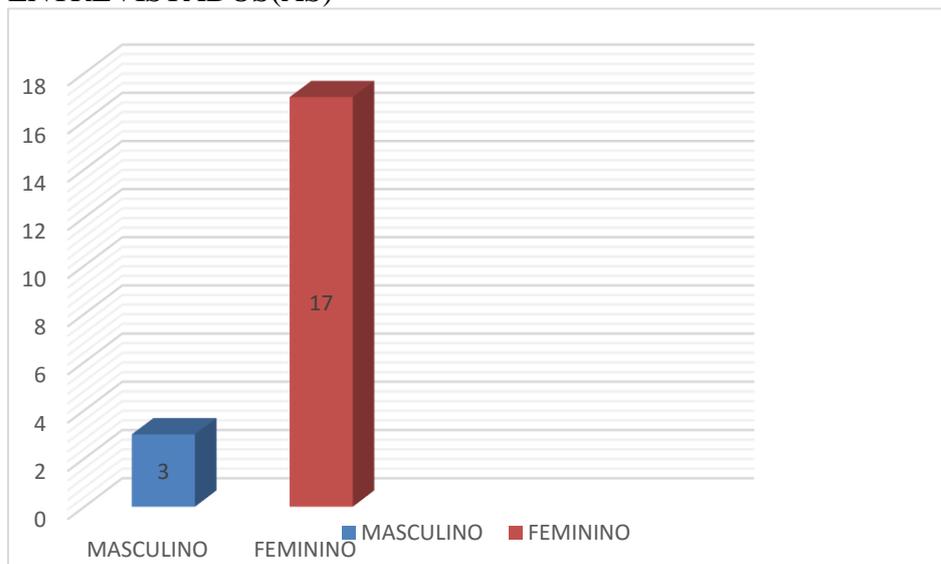
Os dados acima denotam que o suporte familiar a pessoa idosa costuma ser, em sua maioria, intergeracional e está intimamente relacionado à responsabilização filial. Nesse sentido, a Constituição de 1988, em seu artigo 230, dispõe quanto ao dever que a família, a sociedade e o Estado possuem com relação às pessoas idosas. Assegura a elas condições dignas de bem-estar, além de garantir o direito à vida. Ao passo, que com a criação do Estatuto do Idoso, houve um reforço a esse dispositivo constitucional, apontando quanto à obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público de assegurar a pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura. Pode-se inferir, na situação brasileira, que a família estará sempre inserida no contexto legal da obrigação de proteger e amparar a pessoa idosa. (BERTOLIN E VIECILI, 2014).

Ocorre que o não cumprimento das responsabilidades públicas, por meio das políticas sociais, que acabam sendo fragmentadas e paliativas, estas definições legais acabam por gerar a sobrecarga à família, que se tornando a principal responsável pelo cuidado e bem-estar das pessoas idosas, o que também acaba por desonerar o Estado.

### 3.4.2 OS FAMILIARES CUIDADORES

Apresenta-se neste item, os familiares cuidadores das pessoas idosas, classificadas pela Política de Saúde como em risco frágil, participantes diretos das entrevistas.

**GRÁFICO 3 – SEXO DOS (AS) FAMILIARES CUIDADORES (AS) ENTREVISTADOS(AS)**



Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

De acordo com o Gráfico 3, a maioria dos familiares cuidadores entrevistados, seja, 17 (dezessete), são do sexo feminino, e três são do sexo masculino. As filhas, como se faz possível constatar pelo grau de parentesco do entrevistado com a pessoa idosa, assumem os cuidados dos pais mesmo que existam filhos do sexo masculino na família. Estes, algumas vezes se encarregam da ajuda material ou de tarefas externas, como transportar a pessoa idosa para outros ambientes (consultas, exames etc.). (NUNES, et al., 2019).

Historicamente, as mulheres assumiram a função de cuidar dos seus membros familiares, inicialmente, por tal função ser vista como feminina, depois, por muitas vezes não conseguirem se inserir no mercado de trabalho, o que novamente confirma a importância de serem consideradas as relações de gênero para estudos voltados a pessoa idosa e a proteção familiar. Embora o panorama social tenha se modificado, e hoje seja impossível imaginar o mercado de trabalho sem a contribuição das mulheres, medidas legislativas protetivas às filhas/esposas que trabalham não foram adotadas da mesma forma, que o foram para as mães trabalhadoras, o que contribui e, muito, para a elevação dos níveis de cuidados. (NUNES, et al., 2019).

Visando traçar um perfil, mesmo que geral sobre os entrevistados, todos afirmaram serem os responsáveis pelo cuidado das pessoas idosas. O quadro abaixo destaca o grau de escolaridade e a profissão dos familiares cuidadores participantes diretos da pesquisa.

**QUADRO 9 – ESCOLARIDADE E PROFISSÃO DOS (AS) FAMILIARES CUIDADORES (AS) ENTREVISTADOS (AS)**

GRAU DE ESCOLARIDADE	Nº. RESPOSTA	PROFISSÃO	Nº. RESPOSTA
Analfabeto (a) Funcional	1	‘Do lar’	11
Ensino Fund. Incompleto	9	Professora	1
Ensino Fundamental	2	Estudante	1
Ensino Méd. Incompleto	2	Manicure	1
Ensino Médio	4	Agricultor	1
Ensino Sup. Incompleto	1	Empregada Doméstica	1
Ensino Superior	1	Aposentado	1
		Não possui profissão (Beneficiário BPC)	3

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE – Toledo, 2021.

No Quadro 9, destaca-se que o quesito escolaridade é transversal, sendo que o grau de escolaridade dos 20 (vinte) entrevistados perpassa o Analfabetismo Funcional ao Ensino Superior. Constatou-se que, em geral, os entrevistados possuem baixa escolaridade, sendo um analfabeto funcional e nove que possuem apenas o Ensino Fundamental Incompleto. Faz-se importante destacar também a existência de um dos entrevistados possuírem Ensino Superior.

Observa-se o fato de os cuidadores apresentarem baixa escolaridade, pode ter relação com o baixo nível de renda das famílias participantes da pesquisa. Esse fato também pode implicar dificuldade na compreensão de informações e conhecimento sobre as necessidades no cuidado da pessoa idosa, o que pode também ser fator que gera a sobrecarga do cuidador, as vezes o fragilizando, e implicando na qualidade do cuidado dispensado a pessoa idosa no âmbito familiar. Sabe-se que as atividades de proteção social também requisitam a formação e por isso vem sendo uma necessidade dos municípios e das políticas sociais disponibilizarem a formação para os cuidadores, de maneira a qualificar e profissionalizar estas atividades.

Na variável profissão, a maioria dos entrevistados, 11 (onze) declararam-se serem ‘do lar’, ou seja, exercem atividades no domicílio residencial. Outros 5 (cinco) declararam exercer atividades profissionais concomitantemente ao cuidado das pessoas idosas com classificação de risco frágil, entre as quais, professora, estudante, manicure, agricultor e empregada doméstica. Estes entrevistados afirmaram contar com o auxílio de outros membros da família para o cuidado da pessoa idosa com classificação de risco frágil, durante a realização de suas atividades laborais.

Abaixo, apresentam-se dados referentes à idade dos entrevistados.

TABELA 7- IDADE DOS(AS)FAMILIARES CUIDADORES (AS) ENTREVISTADOS(AS)

IDADE	Nº. RESPOSTA
22	1
23	2
32	1
42	1
43	1
46	1
48	1
49	2
52	1
53	1
58	1
59	2
60	1
70	1
71	1
80	1
86	1

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

A Tabela 7 apresenta a idade dos 20 (vinte) familiares cuidadores entrevistados. É possível constatar que os entrevistados têm idades entre 22 (vinte e dois) a 86 (oitenta e seis) anos, tendo uma incidência maior de familiares cuidadores na faixa etária de 42 (quarenta e dois) a 59 (cinquenta e nove) anos. O fato de constarem pessoas em idade produtiva respondendo pelo cuidado integral de pessoas idosas, levou indagar quais os motivos, que levaram estes referidos familiares cuidadores a optarem pelo cuidado da pessoa idosa ao invés da inserção no mercado de trabalho? E como tentativas de resposta, levantam-se algumas alternativas como não ter outro membro da família disponível para realizar o cuidado, ou a insuficiência de recursos financeiros para a contratação de cuidador, ou a cultura de que se constitui obrigação filial e matrimonial a responsabilidade pelos cuidados de familiares, ou ainda a falta de assistência pública neste âmbito.

A propósito dessas circunstâncias, o que a literatura retrata com ênfase, é que o familiar, no papel do cuidador da pessoa idosa, recebe toda a sobrecarga física, psíquica, social e, também econômica. Autores inferem ainda que essa sobrecarga é vivenciada pelo cuidador numa repetitividade diária incessante, muitas vezes, durante anos, somando-se a atividades cotidianas, quase sempre solitárias e sem descanso. (FLORIANI E SCHRAMM, 2006). Mas uma outra questão relevante é o fato de pessoas idosas estarem realizando as atividades de familiares cuidadores, entre elas, algumas na faixa etária de 70 (setenta) a 86 (oitenta e seis) anos. Ou seja, talvez este seja a informação mais triste: uma pessoa idosa, que já requer cuidado, dedicando-se ao cuidado de outra pessoa idosa, que apresenta maiores necessidades que ela.

Sabe-se que esta realidade não está somente entre os entrevistados em Céu Azul, mas constitui-se em realidade deste segmento social no país e no mundo, no qual pessoas idosas cuidam de pessoas idosas em maior grau de dependência. Tendo em vista que muitos deles não recebem ajuda de outras pessoas para realizar a tarefa de cuidar, nem possuem recursos financeiros suficientes para a contratação de um ou mais cuidadores. Estas pessoas idosas podem vir a ter uma redução de tempo para si mesmos, além de se isolarem socialmente, o que influencia negativamente a sua saúde e bem-estar, aumentando os riscos para o desenvolvimento da fragilidade na pessoa idosa que é cuidadora. (SANTOS-ORLANDI, ET AL., 2019, p.96)

Entende-se que os desafios postos para o cuidado da pessoa idosa com classificação de risco frágil no âmbito familiar, necessitam de visibilidade social e urgência na implantação de estratégias por parte do Estado para contribuir com as famílias.

### 3.4.3 NECESSIDADES EM PROTEÇÃO SOCIAL DA PESSOA IDOSA ACAMADA E DOMICILIADA

Os entrevistados familiares cuidadores, foram indagados sobre quais são as necessidades apresentadas pela pessoa idosa, ou seja,

[...] manifestações como perda de peso e massa muscular, diminuição da força de preensão, fadiga, instabilidade postural e redução da ingestão de alimentos, aumentando o risco para uma evolução desfavorável diante das agressões externas e das doenças agudas. (DALLA LANA E SCHNEIDER, 2014, p.676)

Sendo obtidas as seguintes respostas:

QUADRO 10 – CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FRÁGIL

DOMICILIADO	ACAMADO
15 pessoas idosas	5 pessoas idosas

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

De acordo com o exposto no quadro acima, dos 20 (vinte) entrevistados, 15 (quinze) declararam que a pessoa idosa vive na condição de domiciliado e 5 (cinco) declararam que a pessoa idosa encontra-se acamado. É importante salientar que, pessoas domiciliadas são consideradas indivíduos com diferentes graus de incapacidades, que os impossibilitam não somente de sair do domicílio ou ir à UBS, por exemplo, mas também os impedem ou dificultam a realização de atividades cotidianas básicas, como por exemplo, andar, alimentar-se, vestir-se, administrar medicamentos, etc. Já, as pessoas acamadas, são aqueles que estão restritos ao leito e requerem cuidados básicos e especiais, a depender da complexidade das doenças que foram acometidos, bem como suas sequelas. (BRASIL, 2003c)

Na descrição das falas dos familiares cuidadores entrevistados, constatou-se que existe um conjunto de necessidades apresentadas pela pessoa idosa:

QUADRO 11 - NECESSIDADES EM SAÚDE APRESENTADAS PELA PESSOA IDOSA

RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
Entrevistado 1- Tem diagnóstico de Hipertensão Arterial, sequelas motoras de AVC, necessita de auxílio para caminhar poucos passos dentro do domicílio. Dependente de cuidados de higiene pessoal e administração de medicamentos.
Entrevistado 2- Foi diagnosticada com Hipertensão Arterial, Osteoporose, Arritmia Cardíaca, Coágulo na medula, o que causou dificuldade para andar, bexiga neurogênica (em uso de sonda uretral), foi submetida à cirurgia após uma torção no intestino, sofreu fratura no pé, o que tem dificultado sua recuperação.
Entrevistado 3- Possui diagnóstico de Hipertensão Arterial, Diabetes e Cardiopatia. Realizou cirurgia de Angioplastia e Catarata recentemente. Apresenta dificuldade para andar.
Entrevistado 4- Possui diagnóstico de Diabetes, Hipertensão Arterial, sequela motora de AVC, dificuldade para andar, necessita de auxílio para realizar os cuidados com a higiene pessoal e administração de medicamentos.
Entrevistado 5 - Tem diagnóstico de Artrose, Escoliose. Locomove-se com muita dificuldade, com auxílio de um andador. Realizou cirurgia na coluna e está aguardando uma cirurgia para colocação de prótese no quadril. Realizou 2 cirurgias de Angioplastia.
Entrevistado 6- Tem doença de Alzheimer, doença de Parkinson, Câncer de Próstata, Diabetes, amputação de 4 dedos da mão (acidente de trabalho). Caminha a curta distância com muita dificuldade, necessita de auxílio para o banho, alimentação, administração dos medicamentos. Faz uso de fralda no período noturno, pois como tem dificuldade para andar, não consegue ir ao banheiro sozinho.
Entrevistado 7- Ela é Hipertensa, Diabética, Cardíaca, perdeu a visão e necessita de auxílio para cuidar da higiene pessoal, para se alimentar, e administrar os medicamentos prescritos pelos médicos. Ela anda com muita dificuldade.
Entrevistado 8- Tem diagnóstico de Esquizofrenia, cegueira por complicações do Glaucoma e Diabetes, Tem Úlcera no pé direito. Caminha com dificuldade. Precisa de ajuda para tudo! higiene pessoal, alimentação, administração de medicamentos.

Entrevistado 9- Tem diagnóstico de demência, dificuldade auditiva, Hipertensão Arterial e Cardiopatia. Precisa de ajuda para se alimentar, necessita que ordene o banho e a ingestão dos medicamentos.
Entrevistado 10- Tem Diverticulite, com quadro hemorrágico, Trombose, Hipertensão Arterial, Acuidade Visual, Tem sequelas permanentes de AVC. Precisa de ajuda para realizar a higiene pessoal, alimentação, administração de medicamentos, etc...precisa de ajuda para tudo.
Entrevistado 11- Tem sequelas motoras e neurológicas permanentes de AVC. Ele não fala, se comunica apenas mexendo o pescoço e piscando os olhos, é totalmente dependente de cuidados. É Traqueostomizado e se alimenta por sonda.
Entrevistado 12- Apresenta demência, tem diagnóstico de DPOC e Hipertensão Arterial, necessita de auxílio com os cuidados de higiene pessoal, alimentação e administração de medicamentos.
Entrevistado 13- É hipertensa, depressiva, possui mobilidade reduzida no braço esquerdo. Necessita de auxílio para os cuidados com a higiene pessoal.
Entrevistado 14- Ele foi perdendo os movimentos aos poucos após um acidente de bicicleta e depois que fez uma cirurgia no intestino. Ele não fala, não se comunica de nenhuma forma. Faz uso de fraldas (não tem controle dos esfínteres). Depende de ajuda para os cuidados com a higiene pessoal, alimentação e medicamentos.
Entrevistado 15- Ela é Hipertensa, Diabética, tem diagnóstico de Síndrome Demencial. Usa fraldas, porque não tem controle dos esfínteres. Caminha com bastante dificuldade dentro de casa. Precisa de ajuda para os cuidados com a higiene pessoal, alimentação e medicamentos.
Entrevistado 16- Ex-tabagista, tem diagnóstico de DPOC, faz uso de oxigênio no período noturno, tem alteração na próstata. Faz uso de cadeira de rodas para se locomover, porque caminha com muita dificuldade por conta da dificuldade que tem para respirar.
Entrevistado 17- Ele é ex-tabagista, cardíaco, usa marca-passo, tem DPOC, sequela de Paralisia Infantil (no braço direito e perna direita). Tem dificuldade para se locomover, é hipertenso, diabético. Faz inalação 2 vezes ao dia devido à falta de ar. Precisa de auxílio para o preparo da alimentação, a ingestão de medicamentos e quando precisa de algum atendimento de saúde.
Entrevistado 18- Ela é diabética, hipertensa, tem sequelas motoras após três AVC que sofreu, apresenta lapsos de memória. Precisa de auxílio para os cuidados com a higiene pessoal, alimentação e administração dos medicamentos que utiliza.
Entrevistado 19- É Diabética, Hipertensa, tem Doença de Alzheimer, Dislipidemia, cegueira em um dos olhos, Osteoporose, se locomove com dificuldade com auxílio de um andador. Usa fraldas (não tem controle dos esfínteres). Precisa de ajuda para os cuidados com a higiene pessoal, alimentação e administração de medicamentos.
Entrevistado 20- Possui diagnóstico de Mal de Parkinson, sem comunicação, sem movimentação dos membros, se alimenta por Jejunostomia, usa fraldas (não tem controle dos esfínteres). Totalmente dependente de cuidados.

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

Diante das respostas, é evidente a existência de uma série de necessidades, que acometem as pessoas idosas, sejam eles domiciliados ou acamados. Com destaque para doenças crônicas, como por exemplo, a Hipertensão Arterial, o Diabetes, AVC com sequelas motoras e neurológicas permanentes, dificuldade de locomoção, alimentar-se, cuidar da higiene pessoal e administrar medicamentos.

Muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como o tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética. (VERAS, 2011, p.780)

Portanto, as pessoas idosas, classificadas pela política de saúde como em risco frágil, necessitam de auxílio para realizarem atividades. O envelhecimento, quando acompanhado de

limitações funcionais, exige cuidados em várias áreas. A fragilidade abrange os domínios físico, psicológico e social. (SCARPELLINI, et al., 2011).

Analisando os conteúdos das falas dos entrevistados familiares cuidadores, entende-se que o cuidado dessas pessoas idosas exige a dedicação integral, visto que as demandas apresentadas pelos mesmos são contínuas e acabam sendo incorporadas à rotina da família. Considerando esta realidade, bem como que a responsabilidade do amparo a pessoa idosa, segundo o Estatuto do Idoso, cabe à família, à comunidade, à sociedade e ao Poder Público, que além do amparo, devem assegurar a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2013).

Como foi apresentado acima, o atendimento de saúde da pessoa idosa referente a consultas, exames, medicamentos, transporte, assistência domiciliar, etc, bem como a rotina de atenção a pessoa idosa praticada pelos profissionais e serviços de saúde existentes são realizados no município. Quando questionados sobre isto, os entrevistados apresentaram as seguintes respostas:

#### QUADRO 12 – ATENDIMENTO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
Entrevistado 1- Acho ótimo o atendimento prestado pela saúde, pois tudo o que precisamos somos atendidos na hora. Sempre somos muito bem atendidos.
Entrevistado 2- Gostaria de conseguir o fornecimento do catéter para a sonda uretral da marca que eu acho mais fácil para manipular, pois é fornecido de uma marca que tenho dificuldade para manipular. Também não conseguimos vaga para fisioterapia domiciliar pra minha mãe, e seria muito bom pra ela. Há muitos anos necessitamos dos serviços de saúde e sempre fomos bem atendidos, atendimento em casa ou por telefone.
Entrevistado 3- Nós utilizamos transporte particular para consultas e exames por considerarmos mais rápido do que o transporte do SUS. Mas o restante dos atendimentos, tudo o que precisamos sempre fomos muito bem atendidos e conseguimos medicamentos também.
Entrevistado 4- Não posso me queixar, porque tudo o que precisamos sempre somos atendidos.
Entrevistado 5- A única dificuldade é a liberação da cirurgia para colocação de prótese no quadril, para que ele possa voltar a caminhar. Fora isso, não temos do que reclamar, sempre fomos bem atendidos em todos os serviços de saúde que necessitamos.
Entrevistado 6- Quando a gente precisa sempre fomos bem atendidos em tudo. A equipe atende bem, vem na hora que chama, tudo certinho, não tenho o que reclamar. A gente vai levar ele no posto de saúde ou a Doutora (médica) vem aqui em casa atender ele.
Entrevistado 7- Sempre quando a gente necessita não podemos reclamar. Vem carro buscar ela pra levar pra Cascavel nas consultas, os medicamentos a gente consegue no posto de saúde. A equipe de saúde vem conversar, faz os atendimentos, vem médico quando precisa também.
Entrevistado 8- Eu acredito que tem suporte necessário, se precisar, mas ele não vai nos atendimentos. A médica faz dias que não vem aqui em casa também. Mas antes quando ele ia até o posto, a equipe sempre atendia bem.
Entrevistado 9- Só consulta que a Médica disse que ia vir aqui toda semana e não vem. E a gente precisa que ela venha aqui atender. O restante do que a gente precisa é bem atendido.
Entrevistado 10- A gente precisava de uma Fisioterapeuta para ela, pra saber a condição que ela está, se vai andar ou não. Disseram que tem que encaminhar pra conseguir, vamos tentar ver. Os outros serviços de saúde está tudo certo, tranquilo. Vem a enfermeira fazer o curativo dela todos os dias aqui em casa.
Entrevistado 11- Eu sempre bato no peito e brigo com quem falar, porque nós não podemos reclamar da saúde. Precisa de ambulância para as 13:00 hs, neste horário a ambulância encosta aqui. Tudo o que precisamos somos

atendidos. Quando chamamos, o médico vem. A Agente Comunitária de Saúde passa aqui, pararam de vir agora depois da COVID, mas sempre estão passando aqui.
Entrevistado 12- O que a gente mais precisa é de assistência domiciliar, ela tem plano de saúde, a gente utiliza quando precisa de consultas médicas. A equipe de saúde vem aqui, sempre quando a gente precisa. Na minha opinião está muito bom os atendimentos de saúde.
Entrevistado 13- Eu acho que sim, a gente nunca foi no posto de saúde e não foi atendido. Não posso reclamar, quando precisamos de alguma coisa urgente a gente faz particular para ser mais rápido. Quando ela estava mais doente a equipe de saúde vinha aqui em casa atender também.
Entrevistado 14- Sim, sempre quando precisa a gente chama e eles vem atender. Conseguimos alguns remédios no posto e outros temos que comprar.
Entrevistado 15- Sim. Se não tivesse o SAMU eu não sei o que seria. A equipe do SAMU chega aqui pra socorrer ela (mãe) e me ajuda até dar banho nela quando ela tem as crises do Diabetes e acaba evacuando. Acho que o que falta é um atendimento de fisioterapia domiciliar, que ela precisa muito e não tem mais. Também precisa ter assistência de um Nutricionista e não tem. O restante conseguimos tudo, remédios, fraldas, consultas, exames, transporte. Tinha que ter mais visitas do médico na casa também, que parou de ter depois da pandemia.
Entrevistado 16- Fazemos a maioria dos atendimentos particulares, as vezes quando precisamos de alguma consulta vamos no posto de saúde, e quando a gente precisa somos bem atendidos.
Entrevistado 17- Eu não tenho o que reclamar, são umas pessoas maravilhosas que atendem, cem por cento. Vou com os problemas e eles resolvem tudo. Só deveria melhorar o tempo para liberar consultas e exames especializados, porque demora bastante.
Entrevistado 18- Eu acho que atende a tudo o que precisamos, conseguimos medicamentos, fraldas, consultas e exames, tudo o que ela (esposa) precisa.
Entrevistado 19- Sobre o transporte eu não tenho queixa, sempre quando chamamos estão aqui. Mas em relação ao médico, ele falou que ia vir aqui ver minha mãe e não veio, e a gente precisa que ele venha. Acho que deveria visitar as pessoas idosas que não tem condições de ir até o posto de saúde, e quando não puder vir tem que avisar porque ficamos aguardando. E os exames especializados também são muito demorados, deveriam liberar mais rápido.
Entrevistado 20- Eu acho que o posto de saúde tá faltando, porque faz meses que não vem ninguém aqui, só vem se a gente pedir. Antes vinham nas quintas-feiras e agora não vem mais. Na parte do transporte quando precisa eles vem com a ambulância. Os remédios são grátis, a prefeitura e posto que dá.

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

Verifica-se de forma geral, uma satisfação com o suporte disponibilizado pelos serviços de saúde e algumas reclamações e solicitações pontuais. Considera-se fato da pesquisadora fazer parte da equipe de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul, possa ter contribuído para que os entrevistados minimizassem e/ou ocultassem possíveis descontentamentos com a prestação de serviços de saúde. Uma outra hipótese explicativa dessa avaliação positiva,

[...] é que os usuários entendem que a existência dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, malgrado as carências reconhecidas, é melhor do que a sua inexistência. Parece haver o entendimento pelos usuários que o SUS cumpre o seu papel de oferecer serviços de saúde, mesmo com os problemas conhecidos. (CASTRO, 2008, p.133)

Se a hipótese apresentada estiver correta, a avaliação positiva por parte dos usuários em relação à prestação de serviços de saúde por parte da Secretaria Municipal de Saúde, deve ser compreendida como uma expectativa de continuidade. Sendo assim, ao inverso do que pode indicar em um primeiro momento, tem-se o aumento da responsabilidade da gestão da Política

de Saúde, uma vez que a avaliação passa a ser entendida como uma forma de cobrança de continuidade dos serviços, bem como de ampliação e melhorias.

Os dados apresentados possibilitam novas perspectivas de análise sobre o papel da opinião dos usuários no aperfeiçoamento de serviços prestados pelo Estado, especialmente em relação às políticas sociais. Se uma visão superficial tenderia a considerar a avaliação positiva de serviços de saúde um instrumento de propaganda política ou, ao menos, um sinal de eficácia da política, uma reflexão mais aprofundada pode indicar que a população entende as carências do SUS, mas defende a sua manutenção e o seu aperfeiçoamento, como a garantia do direito à saúde. (CASTRO,2008)

Dentre as reclamações apresentadas na fala dos entrevistados, destacam-se a falta do serviço de fisioterapia domiciliar, o atendimento nutricional, a assistência médica domiciliar, a demora no agendamento de consultas, exames especializados e cirurgia. Os serviços supramencionados compõem a atenção em saúde. Isto posto, ressalta-se tais serviços se caracterizam como direitos dos usuários da Política de Saúde, e a sua ausência na oferta pelo poder público, pode contribuir para o agravamento da condição de saúde das pessoas idosas com classificação de risco frágil, bem como de dificultar o cuidado da pessoa idosa no ambiente familiar por falta do suporte adequado.

Foi também perguntado aos entrevistados, quais as dificuldades que a família tem para realizar o cuidado da pessoa idosa, sendo obtidas as respostas que se apresentam abaixo:

**QUADRO 13 - DIFICULDADES PARA REALIZAR O CUIDADO DA PESSOA IDOSA  
RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS**

RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
Entrevistado 1- O estresse, ansiedade e inquietude apresentado por ela (paciente), devido à rotina de estar domiciliada.
Entrevistado 2- Gostaria de ter um andador adaptado para a minha mãe, para que ela pudesse se locomover sozinha e com mais segurança, do que com um andador comum. Outra dificuldade é que eu sou sozinha para cuidar dela, meu irmão tem deficiência mental e precisa de cuidados também, meu esposo é caminhoneiro e passa muito tempo fora, então não tenho ninguém pra me ajudar com eles.
Entrevistado 3- A dificuldade é a atenção integral, pois meu irmão mora em Toledo, aí sou só eu e meu esposo pra cuidar da mãe. Eu trabalho no período da tarde e ela fica sob os cuidados do meu esposo.
Entrevistado 4- Não tenho dificuldades para cuidar, por enquanto, mas acredito que daqui mais um tempo vou precisar de ajuda. Penso em mudarmos para Cascavel, que tenho minha irmã que mora lá e pode me ajudar a cuidar da mãe.
Entrevistado 5- Até o momento não tenho dificuldades, nós sempre fomos muito unidos como casal, não é difícil cuidar dele, e quando preciso meus filhos ajudam, acompanham ele nas consultas e exames.
Entrevistado 6- Ele fuma muito dentro de casa, ele tenta fugir de casa frequentemente, ele não obedece, não quer tomar remédios as vezes e não quer tomar banho.
Entrevistado 7- Conflitos com familiares que não moram junto com a gente e ficam opinando na forma que a gente cuida. É difícil porque tem que cuidar dela muito bem em tudo o que ela precisa, aí eu não posso trabalhar fora porque tenho que cuidar dela.
Entrevistado 8- Ele não aceita ir nos atendimentos de saúde quando precisa, e porque ele depende tudo de mim, até pra se vestir, e eu não ando muito bem de saúde também. Ele é estressado, nervoso, as vezes tem alucinações.
Entrevistado 9- Não acho difícil porque ele obedece tudo o que a gente manda ele fazer.

Entrevistado 10- A gente tem que ter bastante paciência porque ela tá debilitada, está na cama e fica estressada, quer descer da cama, mas não consegue ficar em pé. Aí ela xinga, dá um surto de estresse nela e a gente acaba brigando.
Entrevistado 11- O difícil é porque eu tomo medicação controlada para Epilepsia, tenho muitas dores na coluna e nos joelhos, e tenho que cuidar dele. Minha filha trabalha até no domingo. Eu fico cansada, com dores, porque faço o serviço doméstico e cuido dele e do meu neto que tem 3 anos.
Entrevistado 12- Não temos dificuldades, eu fico responsável por ela, mas revezo os cuidados dela com meus irmãos que sempre me ajudam.
Entrevistado 13- Não acho que seja difícil, só tenho que ajudar ela com os cuidados de higiene pessoal. E se eu preciso sair, um dos meus irmãos vem aqui cuidar dela.
Entrevistado 14- É difícil para cuidar dele porque ele está bem sensível pra dar banho, pra vestir ele, colocar fralda. Eu que cuido dele, meu marido ajuda a dar banho e faz a barba dele, o restante eu que faço. Se eu preciso sair meu marido ou minha filha ficam com ele.
Entrevistado 15- Eu preciso mais da ajuda dos meus irmãos, somos em 5 irmãos, e eu sou sozinha pra cuidar dela. As vezes estou fazendo o serviço doméstico e ela desmaia, aí eu tenho que chamar o SAMU. Fica difícil pra mim. A alimentação também tem que cuidar, saber o que pode por causa do Diabetes, por isso preciso de um Nutricionista para me orientar. Ela também usa fraldas. E agora tenho que redobrar os cuidados com a higiene por conta dessa pandemia.
Entrevistado 16- A dificuldade é a distância da nossa casa do posto de saúde e a estrada em condições ruins para chegar até lá.
Entrevistado 17- Eu acho que não tenho dificuldades para cuidar dele. Eu trabalho, fica um pouco corrido pra mim mas dou conta.
Entrevistado 18- Tenho que levantar durante a noite para ajudar ela ir ao banheiro ou as vezes ela quer comer alguma coisa. Também gosto de sair e não posso se a nora não está aqui pra ajudar a cuidar dela.
Entrevistado 19- Eu acho que não tenho dificuldades, porque eu cuido dela, mas quando preciso meus irmãos ajudam, levam ela para consultas, e no hospital quando precisa.
Entrevistado 20- Vem uma filha nossa ajudar a dar banho de manhã e o outro filho vem para ajudar no banho da tarde. O resto sou eu que faço, eu que cuido dela. É difícil porque quase não posso sair de casa e eu também tenho meus problemas de saúde. É difícil porque não tem o que fazer! A doença dela não tem cura, não tem esperança, a esperança dela é só morrer... porque os médicos já disseram que não tem mais jeito.

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

De acordo com os relatos dos entrevistados, entende-se que todos possuem dificuldades de diferentes ordens para realizar o cuidado das pessoas idosas, uma vez que a pessoa idosa saudável que se tinha em casa, passou a ter novas necessidades e comportamentos totalmente modificados.

O adoecimento de um dos membros de uma família, especialmente de um membro na condição de pessoa idosa, traz consigo importantes mudanças para o seio familiar, pois muitas vezes, os demais membros da família não estão preparados para lidar com as dificuldades e com a complexidade de uma determinada doença. Compreende-se assim, que não é só a pessoa idosa que necessita de cuidados, mas também toda a família, principalmente, os familiares responsáveis diretos pelo cuidado.

Nas falas dos entrevistados constata-se que muitos também apresentarem problemas de saúde, que não são priorizados como deveriam devido à indisponibilidade de tempo, haja vista que realizam o cuidado integral de pessoas idosas com classificação de risco frágil, muitas vezes, sem apoio dos demais membros da família. Outro fato importante, como foi possível analisar anteriormente nos dados referentes à renda familiar (Tabela 4), é que os entrevistados e suas famílias são pertencentes à classe trabalhadora, tendo em sua maioria, renda familiar

baixa, composta em muitos casos por aposentadoria, pensão por morte e pelo BPC. Essa situação impossibilita as famílias de contratar um ou mais cuidadores para auxiliar nos cuidados das referidas pessoas idosas.

Todavia, entende-se que a contratação de cuidadores de pessoas idosas iria contribuir muito com a qualidade do cuidado integral da pessoa idosa com classificação de risco frágil, bem como para o bem-estar da família, que não estaria assim sobrecarregada, podendo recuperar elementos da rotina familiar, que foram prejudicados após o adoecimento dos mesmos, como por exemplo, a convivência comunitária, as atividades de lazer, a preocupação permanente e o cuidado com a saúde pessoal.

No entanto, as políticas sociais e a sociedade têm um papel importante para amenizar as dificuldades junto à família. A população idosa está crescendo e toda a rede de atenção a pessoa idosa deve estar preparada para atendê-los, primando pela melhoria da qualidade de vida destes e contribuindo para a um envelhecimento saudável.

Para compreender um pouco mais sobre o cuidado das pessoas idosas com classificação de risco frágil no ambiente familiar, os entrevistados foram indagados sobre o período de tempo que a família realiza o cuidado da pessoa idosa, com detalhamento das exigências de saúde e responsabilidade pelos cuidados nos diferentes estágios do adoecimento.

#### QUADRO 14 - PERÍODO DE TEMPO, CONDIÇÃO DE SAÚDE E RESPONSABILIDADE PELO CUIDADO DA PESSOA IDOSA.

RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
Entrevistado 1- Há 3 anos e oito meses eu cuido dela domiciliada. Antes desse período a minha cunhada cuidou dela por 2 anos, após ter sofrido 2 AVC. O primeiro AVC foi a 12 anos, ela se recuperou bem e aproximadamente a 6 anos sofreu outro AVC e ficou domiciliada e dependente de cuidados.
Entrevistado 2- Há 11 meses ela está doente. No início, após a cirurgia na medula ficou um mês acamada, após esse período voltou a andar com auxílio de um andador. Depois passou por uma cirurgia no pé, depois uma cirurgia no intestino e ficou dois meses acamada. Após esse período permaneceu domiciliada.
Entrevistado 3- Há 6 anos ela sofreu um infarto e começou a necessitar de cuidados, ficando domiciliada, sempre sob os meus cuidados.
Entrevistado 4- Há aproximadamente 8 anos após ter sofrido um AVC, ela ficou domiciliada, sempre sob os meus cuidados.
Entrevistado 5- Há aproximadamente, 4 anos ele está domiciliado, ficou acamado só quando passou por cirurgia. E sempre foi eu que realizei o cuidado.
Entrevistado 6- Há aproximadamente 7 anos, na condição de domiciliado. Eu e minha irmã realizamos o cuidado dele nesse período. O meu irmão também ajuda quando precisa. Com o passar dos anos foi diagnosticado a Doença de Alzheimer também e foi ficando mais difícil cuidar dele.
Entrevistado 7- Há 2 anos ela está domiciliada. Nesse período meus pais trabalhavam e eu que realizava o cuidado sozinha. Ela ficou uns dias acamada, usando fraldas, bem debilitada e depois foi se recuperando.
Entrevistado 8- Já tem uns 35 anos que eu cuido dele assim dessa forma, dependente de mim pra tudo. Há uns 10 anos ele perdeu a visão e ficou pior para cuidar dele, não sai de casa pra nada. Minha filha ajuda quando precisa de alguma coisa do posto de saúde ou comprar alguma coisa, mas sempre fui eu que cuidei dele.
Entrevistado 9- Há quase 3 anos ele está aqui com a gente, domiciliado. Eu cuidei dele junto com a minha tia nesse período. Ele não teve piora do estado de saúde, tá igual, o dia inteiro quieto no canto dele.

Entrevistado 10- Há aproximadamente 3 anos. Antes ela estava só domiciliada. E há 1 mês, após um AVC ela ficou acamada. Eu e minha tia que cuidamos dela.
Entrevistado 11- Há 13 anos ele ficou acamado após um AVC. No começo eu e meus filhos cuidamos dele, meus filhos casaram, saíram de casa, só ficou minha filha pra me ajudar. Nesse tempo só a alimentação que mudou, que era por sonda, depois voltou a se alimentar pela boca e depois por orientação da Nutricionista, ele voltou a se alimentar por sonda.
Entrevistado 12- Ela está domiciliada. Há 7 meses eu cuido dela, mas há 2 anos ela começou a necessitar de cuidados. Minha irmã que cuidava dela antes. Vejo que ela está estável na situação de saúde, não teve piora, nem precisou ficar acamada. Usou oxigênio por um período curto e depois não precisou mais.
Entrevistado 13- Ela está domiciliada. Há 5 anos a mãe começou a precisar de cuidados. Ficou um tempo bem fraca, a enfermeiras vinham aqui pra aplicar soro nela, mas logo ela se recuperou.
Entrevistado 14- Ele está acamado há 1 ano e 8 meses. Nesse período ele foi decaindo, antes se comunicava apenas com aperto de mão, agora está totalmente paralisado.
Entrevistado 15- Há 4 anos ela está domiciliada e ficou dependente de cuidados. As vezes quando ela tem desmaios fica uns dias acamada. Ultimamente tem sido mais frequentes os desmaios e ela está mais debilitada.
Entrevistado 16- Ele está domiciliado. Há 12 anos ele necessita de cuidados. Ficou algumas vezes internado, debilitado, mas agora está bem.
Entrevistado 17- Ele está acamado. Faz 1 ano e meio que estou cuidando dele. Ele não ficou acamado, mas teve algumas internações por conta da Insuficiência pulmonar. Agora está estável.
Entrevistado 18- Hoje ela está domiciliada. Há aproximadamente 10 anos ela está dependente de cuidados, ficou acamada uns 5 meses e voltou a caminhar com bastante dificuldade. Eu que cuidei sempre dela com ajuda das nossas noras. Tem dois anos que um das noras que me ajuda a cuidar dela durante o dia, prepara a alimentação e cuida do serviço doméstico.
Entrevistado 19- Ela está domiciliada. Há 3 anos ela começou a necessitar de auxílio para os cuidados com a higiene pessoal, alimentação e para caminhar. Viemos morar com ela há aproximadamente 10 anos, quando foi descoberto a Doença de Alzheimer.
Entrevistado 20- Há aproximadamente 20 anos ela está acamada. No começo ela se alimentava pela boca, depois não conseguia mais, aí foi colocada a sonda nasoenteral e depois fizeram a Jejunostomia. No começo ela conversava, depois parou de falar. Ela tem uma gripe que não sara, sempre tem catarro, aí as vezes ela tem que internar por causa disso.

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

Com base no conteúdo das falas dos entrevistados, reforçam-se as afirmativas sobre as necessidades existentes para a realização do cuidado das pessoas idosas, classificadas pela Política de Saúde como em risco frágil. São pessoas idosas com acentuado grau de dependência, que vêm sendo acometidos por doenças crônicas, alternando em muitos casos sua condição de saúde, entre domiciliado e acamado. Alguns dos relatos, demonstram que o cuidado foi iniciado há 35, 20 ou 13 anos, antes mesmo do familiar ter atingido a idade para ser considerado pessoa idosa, ou seja, as necessidades não necessariamente são próprias da velhice, porém, no levantamento realizado, elas são mais frequentes.

Isto posto, se compreende que as políticas sociais devem considerar essa realidade, buscando estratégias para a ampliação do cuidado anterior ao adoecimento e a velhice, em todas as áreas (educação, habitação, trabalho e renda, previdência social, assistência social, cultura, esporte, lazer, saúde, em outras). O investimento público, neste âmbito, deve se pautar em programas e ações voltadas a prevenção de agravos em saúde, como tentativa de diminuir as situações de dependência em pessoas idosas e ampliar a qualidade de vida e bem estar da população que envelhece. Isto também requer a ampliação dos mecanismos de participação da sociedade civil e do exercício do controle social, de maneira a não somente responsabilizar o

poder estatal, mas de forma a assegurar os mecanismos democráticos que acercam as políticas sociais.

É preciso, diante desse contexto, promover mudanças na estrutura social, a fim de que, ao terem suas vidas prolongadas, as pessoas idosas não fiquem distantes de um espaço social, em relativa alienação, inatividade, incapacidade física e dependência, mas possam buscar o seu bem-estar e melhorar a sua qualidade de vida. Para isso, é necessário o incremento de políticas e programas sociais de envelhecimento ativo, com a intenção de prevenir e retardar as debilidades e doenças crônicas associadas a esse período da vida humana. (FERREIRA, et al, 2012).

A análise apresentada até aqui, aborda a realidade social vivenciada pelas pessoas idosas com classificação de risco frágil e suas famílias. Baseando-se nos relatos dos entrevistados, é possível afirmar a presença de dificuldades importantes para o cuidado da pessoa idosa com classificação de risco frágil no âmbito familiar e na relação das famílias com a prestação de serviços por parte do Estado. Isto posto, faz-se importante saber qual é o entendimento dos entrevistados sobre a proteção social.

#### QUADRO 15 - ENTENDIMENTO DOS ENTREVISTADOS SOBRE PROTEÇÃO SOCIAL

RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
Entrevistado 1 - Entendo que é uma ajuda do poder público quando precisamos de alguma coisa.
Entrevistado 2 - Talvez seja o cuidado que o SUS tem com a gente, quando precisamos de ajuda, de algum atendimento de saúde.
Entrevistado 3 - Eu acho que é a proteção aos menos favorecidos, as pessoas que tem necessidades, que precisam de ajuda.
Entrevistado 4 - Não tenho nem idéia para dizer o que é isso, acho que nunca ouvi falar sobre proteção social.
Entrevistado 5 - Eu acho que é se eu precisar de alguma ajuda, por exemplo, de você como Assistente Social, você poder me ajudar de alguma forma. Também ter as pessoas pra ir nas casas pra ver se quem fica responsável pra cuidar de uma pessoa doente realmente está cuidando. Também pra cuidar das crianças para não sofrerem violência.
Entrevistado 6 - Pra mim é proteger, é cuidar, ter os cuidados aqui com meu pai.
Entrevistado 7 - Proteger quer dizer proteger de alguma coisa e o social é a proteção da sociedade...da família, que o governo faz.
Entrevistado 8 - É pra pessoa se ajudar, quando o pessoal da saúde vem falar comigo e com meu marido em casa. Já fala proteção, que é pra proteger, eu entendo que é isso.
Entrevistado 9 - Proteção social acho que é alguém cuidando de alguém.
Entrevistado 10 - Eu acho que é quando alguém cuida de alguém.
Entrevistado 11 - Eu acho que é o que a equipe de saúde faz, vem aqui em casa dar assistência, dar apoio para o que a gente precisa.
Entrevistado 12 - Eu acho que é alguém que protege as pessoas que precisam. Quando precisar tem sempre alguém atendendo, vigiando e cuidando.
Entrevistado 13 - Não sei o que é. Não sei dizer nada a respeito.
Entrevistado 14 - Acho que deve ser proteger e cuidar das pessoas como a equipe de saúde cuida.
Entrevistado 15 - É ajudar com uma cesta básica, um psicólogo pra conversar com a família. Acho que é isso.
Entrevistado 16 - Eu acho que proteção social é quando a equipe de saúde vem conversar, ver como a gente está, dar um suporte pra gente.
Entrevistado 17 - Algo que vem da parte do posto de saúde, da prefeitura e do presidente da república pra proteger a gente.
Entrevistado 18 - Eu não tenho ideia do que é. Não entendo nada sobre isso.

Entrevistado 19 - Eu acho que são os cuidados da pessoa idosa, o que ele precisa, ou quando vem alguém do posto de saúde, da prefeitura aqui em casa pra ajudar a gente no que precisamos.
Entrevistado 20 - Eu acho que é quando eu preciso de uma ajuda pra minha esposa que está acamada, e eu tenho que falar com a assistência social, eu acho que é assim, não sei.

Fonte: FLORIANO, Tânia. **Dados da pesquisa – Dissertação**, Mestrado em Serviço Social. UNIOESTE - Toledo, 2021.

As respostas dos entrevistados, destacadas no quadro 15, denotam que os mesmos têm uma compreensão limitada e equivocada do conceito de proteção social, baseada em sua maioria no assistencialismo, na idéia de ajuda por parte do poder público. Outro dado relevante é que dos 20 (vinte) entrevistados, três disseram não saber do que se trata a proteção social e preferiram não opinar.

Diante do exposto, faz-se importante salientar que “[...] todo cidadão tem direito ao envelhecimento, e a proteção desse direito engloba o compartilhamento de responsabilidades entre a família, o Estado e a sociedade.” (SILVA, 2016, p.223)

O direito a envelhecer com dignidade e com qualidade de vida deve ser premissa nas diretrizes, que dão sustentação à proteção social. De acordo com o disposto no Artigo 2º do Estatuto do Idoso, a pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, sendo-lhe asseguradas todas as oportunidades e facilidades, para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. (BRASIL, 2013). Pressupostos que ainda estão por vir na realidade observada.

No entanto, as pessoas idosas vivenciam uma proteção social baseada em transferências monetárias, relacionadas a benefícios: contributivos, como aposentadorias e pensões; e os não contributivos, como o BPC. Para além dessa situação, existem limites no âmbito da prestação de serviços públicos e cuidado das pessoas idosas, que ficam aquém de suas necessidades. Nesse contexto, compreende-se como urgente que as diretrizes estabelecidas na Constituição Federal e nas políticas sociais relevantes para as pessoas idosas, sejam acompanhadas de condições orçamentárias que viabilizem sua efetivação nos municípios, onde todos residem.

Do contrário, a crescente população idosa no Brasil, que convive com a precarização e fragmentação das políticas sociais, que deveriam lhes assegurar condições mínimas de bem-estar na velhice, no entanto, estão condicionadas ao ajuste econômico neoliberal, permanecerá à mercê de uma proteção social paliativa, que se caracteriza como desproteção social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar compreender as dificuldades que se apresentam para as famílias das pessoas idosas, classificadas pela política de saúde como em risco frágil, no atendimento à saúde no nível de Atenção Básica, entendeu-se que os desafios postos para o cuidado dos mesmos no âmbito familiar carecem de visibilidade social e medidas urgentes na implantação de estratégias por parte do Estado visando apoiar as famílias. Ou seja, pode-se afirmar, diante da situação verificada em Céu Azul, por meio da investigação realizada com 20 famílias, que o nível de renda familiar não assegura as condições para os cuidados necessários as pessoas idosas acamadas e domiciliadas, o que requer o incremento de políticas sociais, implicando em novas formas de cuidado, como por exemplo, a profissionalização.

Pode-se observar que as pessoas idosas, classificadas como em risco frágil, se deparam com serviços de saúde fragilizados e fragmentados, o que compromete o princípio da integralidade da saúde, descumpre as conquistas do SUS e da PNSPI, prejudicando, assim, a efetivação da proteção social garantida na Constituição Federal de 1988. Também demonstram que a maioria dos investigados, tanto o entrevistado (cuidadores) quanto a pessoa idosa são mulheres, o que confirma o papel social projetado socialmente à mulher, decorrente da sociedade patriarcal e capitalista, sempre em desvantagem em relação ao homem e a desigualdade de gênero.

Em relação às famílias cuidadoras, percebeu-se a sobrecarga para o responsável pela pessoa idosa, pois, muitas vezes, como já citado, além da situação econômica escassa, os cuidadores familiares enfrentam diversas dificuldades para lidar com as necessidades derivadas da atividade, que exigem às vezes, dedicação em tempo integral. Merece destaque o fato as vezes, a pessoa cuidadora também ser idosa.

Apesar dos avanços advindos da Constituição Federal de 1988 e suas implicações, às políticas de proteção social a pessoa idosa, em especial a Política de Saúde, observou-se o direcionamento para a responsabilização da família, ou seja, a proteção da pessoa idosa está centralizada na família, sendo no espaço doméstico que a proteção da pessoa idosa acontece. Nas entrevistas, observou-se também por meio das entrevistas com familiares cuidadores, denotarem o desconhecimento ou desentendimento acerca dos direitos sociais, como em relação à proteção social, o que dificulta a mobilização para as buscas coletivas no enfrentamento de questões coletivas e a reivindicação por mudanças junto aos setores que formulam e executam as políticas sociais. Ou seja, inexistente uma política que incentive a ampliação democrática, a participação popular e o controle social, favorecedora de espaços agregadores para a

formulação de processos de identificação coletiva e de sujeitos sociais capazes de posicionar-se frente as expressões da questão social que são comuns aos indivíduos, famílias, grupos sociais, etc.

A vivência do dia a dia dos familiares cuidadores das pessoas idosas, classificadas como de risco frágil, mostra um conjunto de mudanças ocorridas em suas vidas a partir do momento em que assumiram o compromisso de cuidar. As situações vivenciadas na atualidade no processo de cuidar revelam, além da falta de suporte social, e dificuldades das famílias para realizar o cuidado da pessoa idosa, como a idade, o pouco acesso à educação formal e a ausência de qualificação/capacitação para atividade.

Diante dessa realidade, novos desafios são postos na agenda pública governamental no sentido do atendimento efetivo das demandas advindas da população idosa. Os serviços de saúde, bem como das demais políticas sociais disponibilizados pelo poder público nos diferentes níveis de gestão em âmbito federal, estadual e municipal, embora representando avanços, são insuficientes diante das necessidades crescentes. Pode-se dizer que requisitam a continuidade aos pressupostos da Constituição Federal e do SUS, que encontram barreiras frente aos pressupostos neoliberais, que inviabilizam políticas sociais integrais e intersetoriais que possam efetivar os direitos da pessoa idosa.

A realidade social de grande parte da população idosa, ainda é marcada pela discriminação e o isolamento social, em consequência dos preconceitos associados à noção de velhice, que difunde idéias como “vale mais quem produz mais”, relegando as pessoas idosas à “inutilidade” e “invalidez”, pois, já não apresentam condições para a venda da força de trabalho e o assalariamento.

Torna-se evidente a necessidade de investimento e orçamento público na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, na perspectiva da ampliação da cidadania, por meio de ações de fortalecimento e promoção de condições de vida, buscando minimizar e/ou tardar as fragilidades que acometem esse segmento populacional.

Em síntese, uma política de atenção à saúde da pessoa idosa que pretenda ser eficiente deve dinamizar todos os níveis de cuidado, isto é, possuir um fluxo contínuo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma estratégia de atenção se inicia na captação, no acolhimento e no monitoramento da condição de saúde da pessoa idosa.

Assim, para colocar em prática todas as ações necessárias para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, é preciso recuperar propósitos democráticos na atenção à pessoa idosa, com prioridade nesse segmento social e em suas particularidades.

No que tange à proteção social da pessoa idosa, é necessário rediscutir o processo de conquista de direitos e os obstáculos postos a sua efetivação, considerando o contexto contemporâneo adverso, que põe em risco os direitos já conquistados, tendo em vista o sistema capitalista e a busca de superlucros mediante os pressupostos neoliberais que conduziram e conduzem a reestruturação produtiva, reformando conquistas sociais históricas.

A vida é um processo em desenvolvimento e a atenção e os cuidados devem ser pensados e estendidos também às várias faixas etárias, desde a infância até a terceira idade, possibilitando assim a difusão de uma visão sobre a pessoa idosa, que rompa com preconceitos e assegure a qualidade de vida e cidadania.

Portanto, afirma-se que o sistema econômico vigente não prima pela materialização do direito à saúde da pessoa idosa, pois reforça a continuidade de ações imediatistas, que comprometem a qualidade dos serviços de saúde voltados à pessoa idosa, resultando em uma proteção social precarizada, que não atende ao que legalmente se propõe, ou seja, o que se tem hoje no Brasil corresponde a uma desproteção social no que tange a efetividade das políticas sociais.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, ALESSANDRA VIEIRA, et. al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **In: Textos & Contextos**, v. 14, n. 1, Porto Alegre, 2015.

AUGUSTI, Daniela. et. Al. Análise da síndrome da fragilidade em pessoas idosas na atenção primária - Estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. DOI: 10.5712/rbmfc12(39)1353. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1353>. Acesso em: 17 jul. 2020.

ARAÚJO E FERNANDES, Flávia Nunes Ferreira de. Maria Janine Pereira. Perfil de cuidadores de pessoas idosas no Brasil. **Anais do Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. – vol. 2, n.1, 2015. Disponível em: [https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2015/TRABALHO\\_EV040\\_MD2\\_SA11\\_ID1826\\_25072015161043.pdf](https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2015/TRABALHO_EV040_MD2_SA11_ID1826_25072015161043.pdf). Acesso em: 11 mar. 2021.

BALASSIANO, Moisés, et al. Escolaridade, Salários e Empregabilidade: Tem Razão a Teoria do Capital Humano. In: **Revista de Administração Contemporânea/Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração**. Volume 9, nº. 4. Rio de Janeiro: ANPAD,1997.

BERTOLIN, Giuliana; VIECILI, Mariza. Abandono Afetivo da pessoa idosa: Reparação Civil ao Ato de (não) Amar? **In: Revista Eletrônica de Iniciação Científica**. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI. v. 5, n.1, p. 338-360, 2014. Disponível em: <https://www.univali.br/graduacao/direito-itajai/publicacoes/revista-de-iniciacao-cientifica-ricc/edicoes/Lists/Artigos/Attachments/996/Arquivo%2018.pdf>. Acesso em: 23 de Março de 2018.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43São Paulo. 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social no contexto da crise capitalista. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Rio de Janeiro: CFESS/ABEPS, 2009. p. 301-322.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 8ª ed.São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL, Lei Orgânica da Saúde (LOS) - Lei nº. 8080/1990. **In: Coletânea de Legislações: Direitos de Cidadania**, CRESS-PR-11º Região, Curitiba, 2003 a.

BRASIL, Lei de Participação Na Gestão do SUS - Lei nº. 8.142/1990.**In: Coletânea de Legislações: Direitos de Cidadania**,CRESS-PR-11º Região, Curitiba, 2003 b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição: Porto Alegre, 2003 c.

BRASIL. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização**.Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL, **Envelhecimento ativo: uma Política de Saúde**. World Health Organization; Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília - DF, 2005.

BRASIL, **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília – DF, 2006 a.

BRASIL, **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** - Portaria nº. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2006 b.

BRASIL, **Decreto Legislativo nº. 269, de 2008**. Congresso Nacional. Brasília – DF, 2008.

BRASIL, **Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** - Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2010.

**BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Senado Federal, Brasília – DF, 2012.

BRASIL. **Estatuto da pessoa idosa** -Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília – DF. 2013.

BRASIL, **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2014.

BRASIL, **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)** - portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Pacto pela Saúde** - Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/>. Acesso em: 28 nov. 2018.

BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/saude-da-familia>. Acesso em 08 de dez 2019.

BRASIL, **Política Nacional da pessoa idosa** – Lei nº. 8.842/1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm) Acesso em 20 abr 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. Saúde. **In: Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta Continuada a Distância, 2000.

BRAVO, Maria Inês de Souza. MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. **In: BRAVO, Maria Inês de Souza, et al, (org). Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **In: Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003.

CAMARANO, A M; KANSO, S; FERNANDES, D. A População Brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. **In: Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento.** Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CARVALHO, Raul; IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo, Cortez, 1983.

CASTRO, Henrique Carlos de O. de et al. A satisfação dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **In: Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n.2, 2008. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17678/1/ARTIGO\\_SatisfacaoUsuariosSUS.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17678/1/ARTIGO_SatisfacaoUsuariosSUS.pdf) Acesso em: 13 mar 2021.

CÉUAZUL, **Histórico do Município.** Disponível em: <https://www.ceuazul.pr.gov.br/municipio/historia>. Acesso em: 14 fev 2021.

CISOP, **Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná.** Disponível em: <https://cisop.com.br/cisop/43>. Acesso em: 04 mar 2021.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que Controle Social? os conselhos de saúde como instrumento.** 1 reimp. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DALLA LANA, Letice, SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. Síndrome de fragilidade no pessoa idosa: uma revisão narrativa. **In: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** vol. 17, n. 3, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838839019>. Acesso em 12 mar 2021.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social.** 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **In: Texto e Contexto – Enfermagem**, vol. 21, n. 3, Florianópolis – SC, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>. Acesso em 13 mar 2021.

FONSECA, Laura Moreira de Sousa; BITTAR, Cléria Maria Lobo. **Dificuldades no atendimento ao pessoa idosa:** percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. RBCEH, Passo Fundo, v. 11, n. 2, p. 178-192, maio/ago. 2014.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidador da pessoa idosa com câncer avançado: um ator vulnerado. **In: Cadernos de Saúde Pública.** V. 22, n. 3, Rio de Janeiro, 2006.

FRIED LP, TANGEN CM, WALSTON J et al. **Frailty in older adults:** evidence for aphenotype. Journal of Gerontology Series A, Med Sciences, v. 56, p. M146-156, 2001.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde da pessoa idosa. **In: Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 123-133, 2012.

GIOVANNI, Geraldo Di. "Sistema de Proteção Social: uma introdução conceitual". **In: OLIVEIRA, Marco Aurélio de (org.). Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil.** Campinas, São Paulo, UNICAMP, IE, 1998.

GOBBENS RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA. In: Searchofan integral conceptual definitionoffrailty: opinionsof experts. J AmMedDir Assoc. 11(5):338-43, 2010. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(09\)00348-X/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(09)00348-X/fulltext). Acesso em 23 ago2020.

GROSS, Carolina Baldissera et al. Níveis de fragilidade de pessoas idosas e sua associação com as características sociodemográficas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 31, n. 2, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000200209&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200209&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 de junho 2020.

HOGAN, David B. Models, definitions, andcriteria for frailty. **In:Conn'sHandbookofModels for HumanAging (SecondEdition)**. 2018.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O serviço social na contemporaneidade: **trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em:[www.ibge.com.br](http://www.ibge.com.br). Acesso em: 10 jan 2019.

IPEA. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**. IPEA, n. 13, Brasília, 2007.

JACCOUD, Luciana. Proteção Social no Brasil: Debates e Desafios. **In: Concepção e gestão da Proteção Social não Contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; UNESCO, 2009. p. 57-86.

JESUS, Isabela Thaís Machado de et al. Fragilidade e Qualidade de Vida de pessoas idosas em Contexto de Vulnerabilidade Social. **In: Textocontexto - enferm.** Florianópolis, v. 27, 2018. Disponível em[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072018000400315&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072018000400315&lng=en&nrm=iso)>. Acessoem18 de junho de 2020.

LOURENÇO, Roberto Alves. et al. **Consenso Brasileiro de Fragilidade Em pessoas idosas: Conceitos, Epidemiologia e Instrumentos de Avaliação**. São Paulo, 2018.

MARX Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Trad. Maria Antônia Pacheco. Lisboa: Avante, 1993.

MATOS, Maurílio de Castro. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **In:Serviço Social e Sociedade**. Ano XXIV Nº. 74, São Paulo: Cortez, 2003.

MENDES Eugênio Vilaça, **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. Hucitec, São Paulo, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDONÇA, Jurilza Maria Barros de. **Dependência e Pessoas idosas: significado e políticas**. Revista Kairós — Gerontologia, 20(2), pp. 59-78. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, 2017.

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe. Uma abordagem psicanalítica da velhice.** São Paulo: Aleph, 2001.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; DOMINGOS, Ana Maria; RASSY, Maria Elizabete de Castro. **A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência.** *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 848-855, dez. 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452010000400027&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452010000400027&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 10 mar. 2021.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde da pessoa idosa: aspectos conceituais.** Organização. Pan-Americana da *Saúde*. Brasília – DF, 2012.

MOREIRA, Amanda Cristiane et al. **Viver é envelhecer: os Direitos Sociais dos pessoas idosas na sociedade contemporânea.** *Sinapse Múltipla*, v. 5, n. 2, p. 151, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde.** São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. **In: Revista Pesquisa Qualitativa.** São Paulo (SP), v.5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

NETTO, José Paulo. *Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64.* – 16. ed.– São Paulo: Cortez, 2008 b.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. **In: CFESS. ABEPSS (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília, DF, 2009.

NUNES, Daniella Pires. Et al. Cuidadores de pessoas idosas e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do estudo SABE. **In: Revista Brasileira de Epidemiologia.** 21, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2018.v21suppl2/e180020/#>. Acesso em: 11 mar 2021.

OMS, **Organização Mundial de Saúde.** Disponível em: [http://www.pt.Wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o\\_Mundial\\_da\\_Sa%C3%ADe](http://www.pt.Wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_Mundial_da_Sa%C3%ADe). Acesso em: 12 fev 2020.

PARANÁ, **Linha Guia da Saúde da pessoa idosa.** SESA, 2018.

PARANÁ. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023** - Curitiba: SESA, 2020.

PASTORINI, Alejandra. Quem Mexe os Fios das Políticas Sociais: Avanços e Limites da Categoria concessão-conquista. **In: Serviço Social e Sociedade**, nº. 83, São Paulo: Cortez, p. 81-101, 1997.

PASTORINI, Alejandra. **A “Categoria Questão Social” em debate.** São Paulo: Cortez, 2004.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Estado, Regulação Social e Controle Democrático. **In: BRAVO, Maria Inês Souza, PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Orgs). Política Social e Democracia**, 2º ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

PEREIRA, Maria Eunice F. D. Políticas dos Mínimos Sociais: integração e responsabilidade. Texto-base de Conferência ministrada na Justiça Federal, Seção Judiciária do Maranhão, junho de 2007.

PEREIRA, Alexandre Alves; BORIM, Flávia Silva Arbex; NERI, Anita Liberalesso. Ausência de associação entre o índice de fragilidade e a sobrevivência de pessoas idosas no Brasil: Estudo FIBRA. **In: Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2017000505005&lng=e&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000505005&lng=e&nrm=iso). Acesso em: 18 junho 2020.

REIS, Regimarina Soares (Org.). **Epidemiologia: Conceitos e Aplicabilidade no Sistema Único de Saúde**. EDUFMA, São Luís - MA, 2017.

REZENDE, Joffre M. Morbidade, Morbilidade. **In: Revista de Patologia Tropical**. Vol. 41, Goiania – GO, 2012.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do banco mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.

SANTOS, Josiane Soares. Particularidades da “questão social” no Brasil: mediações para seu debate na “era” Lula da Silva. **In: Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 430-449, jul./set. 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010166282012000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282012000300003&lng=en&nrm=iso). acesso em 17 de abril de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000300003>.

SANTOS-ORLANDI Ariene Angelini dos, et al. pessoas idosas cuidadores de pessoas idosas: fragilidade, solidão e sintomas depressivos. **In: Revista Brasileira de Enfermagem**. Edição suplementar nº. 2 São Paulo, 2019.

SANTOS-ORLANDI, Ariene Angelini dos et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **In: Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452017000213&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452017000213&lng=en&nrm=iso). Acesso em 17 de Julho de 2020.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **In: Serviço Social e Sociedade**, n. 126, São Paulo, 2016.

SILVA, L. K.; SENA, R.; LEITE, J. C. A.; SEIXAS, C. T.; GONÇALVES, A. M. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, 2005; 39(3): 391-7.

SOARES, Laura Tavares. **Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

SUBIRATS, Joan. Quais políticas públicas para qual crise? Transformação social e intervenção do estado. **In: Políticas Sociais para o desenvolvimento: superar a pobreza e promover a**

**inclusão.** Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2010b. pp. 103 – 126.

SCARPELLINI, Miriam, et al. A importância do cuidador de pessoas idosas na assistência ao pessoa idosa. **In: Revista Contexto e Saúde.** Editora Unijuí, v.10, nº. 20, Ijuí, 2011.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. **In: Conceção e gestão da Proteção Social não Contributiva no Brasil.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; UNESCO, 2009.

SCHUSSEL, Zulma das Graças Lucena. Os pessoas idosas e a habitação. **Revista Kairós Gerontologia,** PUC-SP, 15(8), São Paulo (SP), 2012.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família e as formas de proteção social primária aos pessoas idosas. **In: Revista Kairós,** 11, São Paulo, 2008.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** Hucitec, São Paulo, 1999.

VASCONCELOS, AnaMariaNogales; GOMES, Marília Miranda Forte. **Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiologia e Serviços de Saúde,** 21, Brasília, 2012.

VERAS, Renato. The Current Challenges of Health Care for the Elderly. Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro UNATI – UERJ, Rio de Janeiro, 2015

YAZBEK, Maria Carmelita. **Sistema de Proteção Social brasileiro: modelo, dilemas e desafios.** Brasília: MDS, 2010.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....108**

## APÊNDICE 1

### FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE</b>	
<b>CURSO: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM SERVIÇO SOCIAL - Mestrado/PPGSS</b>	
<b>TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: O Atendimento à Saúde da pessoa idosa com classificação de risco frágil.</b>	
<b>PESQUISADORA: Tânia Floriano</b>	
<b>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Entrevista Semi-Estruturada</b>	
<b>SUJEITOS DA PESQUISA: Familiares de pessoas idosas frágeis</b>	
<b>DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____</b>	<b>Nº. DA ENTREVISTA: _____</b>

**1. Identificação do(a) representante da família que foi entrevistado(a):**

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

Grau de parentesco com o(a) pessoa idosa(a) frágil:

Composição familiar:

Renda familiar:

Habitação: ( ) quitada ( ) alugada ( ) financiada ( ) cedida

É o(a) cuidador(a) ( ) sim ( ) não

Se não, quem cuida?

---

**2. Identificação do(a) pessoa idosa(a) frágil**

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

Grau de parentesco com o(a) entrevistado(a):

Composição familiar:

Renda familiar:

Habitação: ( ) quitada ( ) alugada ( ) financiada ( ) cedida

**3. Quais são as fragilidades apresentadas pelo(a) pessoa idosa(a) (mesmo a pesquisadora tendo conhecimento, é importante ouvir como o(a) entrevistado(a) entende a fragilidade do(a) pessoa idosa(a))**

---



---



---



---



---

**4. A família recebe o suporte necessário dos serviços de saúde para realizar o cuidado da pessoa idosa com classificação de risco frágil? (Como tem sido o atendimento de saúde ao pessoa idosa referente a consultas, exames, medicamentos, transporte, assistência domiciliar, etc). Descrever a rotina de atenção a(o) pessoa idosa(a) frágil pelos profissionais e serviços de saúde**

---



---



---

---

---

---

**5. Quais as dificuldades que a família tem para realizar o cuidado do(a) pessoa idosa(a)? Descrever**

---

---

---

---

---

---

---

**6. Há quanto tempo a família realiza o cuidado do(a) pessoa idosa(a)? (E em quais condições: acamado e/ou domiciliado). Descrever detalhes das exigências de saúde, no período (situação de saúde, quem foi responsável pelos cuidados nos diferentes estágios do adoecimento, etc)**

---

---

---

---

---

---

---

**7. O que você entende por proteção social?**

---

---

---

---

**ANEXOS**

**ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP.....111**

## ANEXO 1

### PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DO OESTE DO  
PARANÁ



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O ATENDIMENTO À SAÚDE DO IDOSO FRÁGIL

**Pesquisador:** TANIA FLORIANO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17306719.4.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.635.595

**Apresentação do Projeto:**

Despacho saneador de pendências.

**Objetivo da Pesquisa:**

Já descrito anteriormente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Já descrito anteriormente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Já descrito anteriormente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE está demasiadamente fragilizado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Agora, foi esclarecido que prontuários eletrônicos e dados estatísticos oficiais da 10ª Regional de Saúde são de domínio próprio e apresenta o termo de autorização do responsável para o manuseio de prontuários. Foi incluído aos instrumentos de coleta de dados quais as variáveis que serão coletas dos prontuários e dos dados e acrescentado o telefone do CEP no TCLE

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Apensar na Plataforma Brasil o Relatório Final até 30 dias pós o término da pesquisa

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Telefone:** (45)3220-3092

**CEP:** 85.819-110

**Município:** CASCAVEL

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br