

A DETERMINAÇÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ADOECIMENTO DOS IDOSOS EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Este trabalho objetiva analisar aspectos sociais pertinentes ao processo de envelhecimento de idosos acompanhados em um serviço de saúde. A pesquisa é de natureza qualitativa e a técnica de coleta de dados foi estudo documental de 15 prontuários. Problematizamos a determinação social das doenças e o campo da saúde do idoso. Concluímos que diversos condicionantes sociais interferem no acompanhamento de saúde e na permanência no serviço, com inevitáveis consequências para a manutenção da funcionalidade e autonomia do idoso.

*Palavras-chave:
Envelhecimento.
Saúde. Determinação Social*

Carina Paola Lima da Costa de Sales¹
Maria Helena de Jesus Bernardo²

1. Introdução

Este trabalho constitui uma síntese do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado em 2018/2 na Faculdade de Serviço Social/UERJ. Tem como objeto de pesquisa os condicionantes sociais que influenciam o processo de adoecimento de idosos acompanhados em um serviço especializado de atenção à saúde da UERJ.

O interesse por este objeto de estudo derivou da experiência de estágio na unidade de saúde supracitada, o que proporcionou uma

imersão no debate teórico-crítico próprio da área do envelhecimento e da saúde, e uma melhor compreensão sobre o impacto dos diversos aspectos sociais no processo de envelhecimento populacional brasileiro.

De modo geral, o aumento proporcional da população idosa no Brasil é um dos requisitos que tornam esta pesquisa pertinente. Porém, mais do que a mensuração de dados quantitativos, entendemos a premência de aprofundar a natureza desse fenômeno, tendo em vista que, conforme Teixeira (2008), o envelhecimento do trabalhador é uma das expressões da questão social, cuja materialidade demanda maior investigação e visibilidade no âmbito institucional.

¹ Estudante de Pós-graduação. Núcleo de Atenção ao Idoso- Hospital Universitário Pedro Ernesto- carinaseso@gmail.com

² Professora orientadora na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)- helenabernardo@uol.com.br

A relevância da pesquisa proposta consiste no reconhecimento da interferência de tais aspectos sociais no agravamento de saúde dos idosos acompanhados nessa unidade, caracterizando-se ainda como uma contribuição ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e equipe multiprofissional. Considera-se que, a partir da delimitação dos condicionantes sociais de saúde em um estudo específico, é possível ampliar o debate sobre a desresponsabilização do Estado quanto aos direitos do cidadão e as consequências da não efetivação desses direitos na produção de cuidados aos idosos.

Portanto, este estudo objetiva identificar e analisar aspectos sociais relevantes no processo de envelhecimento, visando problematizar como as condições de vida e de trabalho repercutem sobre o processo saúde-doença-cuidado de idosos em tratamento multiprofissional em um dado serviço especializado de saúde.

O procedimento metodológico realizado nesta pesquisa qualitativa foi a análise documental de 15 prontuários em um dos ambulatórios da unidade, com vistas a construção do perfil socioeconômico de alguns dos usuários atendidos pelo serviço. Os prontuários verificados foram aqueles acompanhados pela equipe de Serviço Social, porém não foi estabelecida a análise somente dos que se encontravam “ativos” no serviço, mas buscamos observar até mesmo os que estavam “inativos”, de modo a conhecer mais de perto os motivos da ausência esporádica ou afastamento efetivo desses usuários.

Priorizamos a observação dos aspectos diretamente relacionados ao nosso objeto de estudo, excetuando-se, portanto, os tópicos que não apresentavam vinculação direta com a pesquisa. Os itens analisados foram: motivos de inserção no serviço; dados de identificação, tais como sexo, idade, cor/raça/etnia e escolaridade; situação habitacional, previdenciária e de renda; além da rede familiar e os recursos públicos e/ou filantrópicos acessados.

As questões teóricas que nortearam este trabalho versam sobre a determinação social do processo saúde-doença em sua interface com o campo da saúde do idoso, considerando a multidimensionalidade do envelhecimento populacional brasileiro e as particularidades de sua formação social.

Segundo Garbois et al (2014, p.1174), as atuais transformações do mundo capitalista globalizado, com avanços tecnológicos e paradoxalmente graves

consequências como o acirramento das desigualdades econômicas e sociais estimularam o interesse sobre os estudos em torno das expressões da “questão social³” nas diversas camadas da sociedade. Na área da saúde, em especial, essa discussão se intensificou e se expressou através de um complexo debate em torno do que comumente é conhecido por determinantes sociais da saúde (DSS).

Buss e Pellegrini (2007) enfatizam que atualmente há um amplo reconhecimento sobre a influência das condições sociais na situação de saúde da população, ainda que de abordagens bem diferenciadas e até distintas entre si, revelando tratar-se de um campo de disputas entre concepções e projetos de saúde. Por exemplo, a compreensão da Organização Mundial da Saúde (OMS), na sua origem em 1948, de que a saúde seria “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p. 80), denota, de fato, uma apreensão mais ampliada sobre o conceito. Todavia, pesquisadores demonstram que há avanços e recuos em torno de enfoques que privilegiam mais o “social” ou o “biológico” (GARBOIS et al, 2014). Inclusive, a concepção preconizada pela OMS seria criticada posteriormente pelo movimento da reforma sanitária brasileira, como podemos verificar na concepção presente na Lei Orgânica da Saúde (LOS) - 8.080/1990 - (BRASIL, 1990), ao superar a visão abstrata e ideal de saúde, associando-a ao trabalho e a reprodução social da vida cotidiana.

Dentre as diferentes orientações presentes no campo da saúde, tem-se a matriz de composição marxista que orientou os primeiros passos do movimento de reforma sanitária. Nogueira (2011) assinala que a articulação entre o “social” e a “saúde” é observada desde o século passado, mas, no Brasil, a sua apreensão crítica surge somente com a incorporação da teoria social marxista ao pensamento sanitário,

³ Constatamos a importância desse debate no Serviço Social, pois segundo Netto (2001), a expressão “questão social” denota diferentes significados a partir do referencial que se analisa e não está isenta de polêmicas. Para o autor, as reflexões sobre o conceito “questão social” se inserem na tradição marxista e a partir de sua eclosão na sociedade capitalista. Para Yamamoto (2010, p.156), “a questão social condensa o conjunto de desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais [...] integra tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história”.

que interpreta a condição sanitária populacional na sua relação direta com a estruturação do modo de produção capitalista.

O pensamento filosófico subentendido desta vertente é de que as condições biológicas e ambientais estão submetidas às condições sociais e históricas. Logo, o processo saúde-doença é compreendido a partir de diversas determinações expressas em “condições concretas de trabalho e de reprodução de vida de uma dada classe social” (CEBES, 2009 apud NOGUEIRA, 2011, pp. 57-58). Esse entendimento é central, porque denota um afastamento de um sentido superficial sobre a determinação social, valorizando a perspectiva de totalidade, relacionando-a ao modo como a sociedade se produz e reproduz socialmente e abarcando a relação entre diversos elementos, a saber: saúde, sociedade, economia, democracia e políticas públicas (NOGUEIRA, 2011).

Fazendo uma analogia com o campo do envelhecimento, Teixeira (2008, p.42) acentua que a “problemática social” da velhice tende a ser vista como um fenômeno uniforme, independentemente da inserção de classe, ou seja, secundariza-se o fato de que é a classe trabalhadora que padece com a “tragédia do fim da vida”. Segundo a autora, a “problemática social” do envelhecimento ou os interesses em recusá-la como fruto dos determinantes sociais faz parte da lógica estruturante de produção e reprodução do capital.

Conforme Bernardo e Assis (2016), o incremento das taxas de envelhecimento da população brasileira denota a urgência na implementação de um modelo assistencial integral, tendo em vista que estas representam um “aumento significativo deste grupo como usuários e participantes dos programas, assim como sua maior presença no contexto familiar” (p. 17). Nesse sentido, devemos destacar que, para a consolidação desse tipo de modelo, é crucial o reconhecimento das diferentes dimensões da vida do idoso e de sua família, ou seja, “suas relações sociais, representações sobre a velhice, saúde e doença, potencialidades, recursos e o acesso às políticas públicas (...)” (Idem, p. 18), com vistas a abordagens que considerem não somente a heterogeneidade do processo de envelhecimento, mas sobretudo sua complexidade em países capitalistas periféricos como o Brasil.

Conclui-se que o campo do envelhecimento é também marcado por disputas e controvérsias. Enfatizamos nesse trabalho que tanto o crescimento vertiginoso desse

segmento, quanto as maiores probabilidades de desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, exigem que o atendimento em saúde ao idoso esteja pautado pela ótica da integralidade, o que supõe práticas que se articulem a concepção ampliada de saúde e a compreensão dos determinantes sociais (DSS) (BERNARDO; ASSIS, 2016, p.19).

2- Resultados

2.1- Principais motivos de inserção no serviço

A partir dos dados coletados, observamos que dentre os motivos de inserção no serviço, destacam-se: síndrome demencial ou déficit cognitivo, desnutrição ou risco nutricional, risco de queda ou queda recente, depressão, polifarmácia, incontinência urinária ou fecal, rede familiar restrita, “vulnerabilidade social”⁴, ser cuidador.

Nota-se que, além dos típicos agravos à saúde, há também questões relativas aos aspectos sociais, o que parece indicar uma visão mais extensiva sobre saúde. Certamente esse dado refere-se ao fato de se tratar de uma equipe multiprofissional, com uma perspectiva interprofissional, que compreende as condições favoráveis ou não de saúde como vinculadas aos múltiplos condicionantes, tanto biológicos, sociais, quanto psicológicos.

Como discutimos ao longo deste trabalho, a determinação social do processo de saúde-doença implica outras variáveis, que não exclusivamente a condição biológica. O fato da equipe levar em conta fatores vinculados às condições de vida e de trabalho, pressupõe que há dispositivos institucionais que buscam ampliar o acesso da população ao serviço, favorecendo assim ações de reabilitação e promoção da saúde no envelhecimento.

⁴ Esta não é uma expressão utilizada pelos assistentes sociais da equipe, mas foi encontrado o uso desse termo no instrumento pesquisado.

2.2- Dados de identificação

2.2.1- Sexo, idade e cor/raça/etnia

TABELA 1. SEXO, IDADE E COR/RAÇA/ETNIA

Sexo		Idade		Cor/raça/etnia			
F	M	60 até 75 anos	Acima de 75 anos	Branco	Preto/negro	Pardo/negro	Sem informação
10	05	03	12	09	02	01	03

FONTES: SALES, 2019.

Detectamos a presença de dez mulheres e cinco homens, confirmando os dados demográficos de maior incidência do sexo feminino nesse grupo etário. Dados divulgados pelo IBGE (PARADELLA, 2018) apontam que as mulheres representam cerca de 16,9 milhões, em torno de 56% dos idosos, enquanto os homens são 13,3 milhões, equivalendo a 44% desse segmento populacional.

Camarano et al (2004) ressalta que “o envelhecimento é também uma questão de gênero” (p. 29), e sinaliza que, quanto mais idoso for esse segmento, maior é a proporção de mulheres, fenômeno esse atrelado a prevalência de mortalidade entre os homens. Podemos considerar que este é um aspecto importante a ser refletido, porque, devido ao fato das mulheres terem uma expectativa de vida maior do que a dos homens e, em grande parte, não terem desenvolvido atividades de vínculo formal no decorrer da sua vida adulta, elas “(...) experimentam uma probabilidade maior de ficarem viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa” (idem, p. 30). E, “(...) embora vivam mais do que os homens, passam por um período maior de debilitação física antes da morte do que eles” (CAMARANO et al, 2004, p.30). Ademais, as mulheres idosas acumulam desvantagens ao longo da vida, marcadas por indicadores de classe social, gênero, idade e cor/raça/etnia (BERNARDO, 2019)

Em relação à faixa etária, identificamos que a maioria (doze) tem idade acima de 75 anos. Presume-se que esta parcela de idosos com idades mais avançadas tendem a apresentar demandas por um atendimento especializado e cuidados prolongados. Este dado corrobora ao que já era previsto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) que aponta para tal segmento, de um modo geral, como um forte candidato ao consumo de serviços de saúde e assistência,

devido a maior probabilidade de acometimento por doenças crônicas e incapacitantes, se consideradas outras faixas etárias, principalmente os maiores de 80 anos - reconhecidos como mais frágeis e dependentes.

No que tange aos dados sobre cor/etnia/raça, identificamos que nove idosos se referenciam como brancos, dois como pretos, um como pardo e em três prontuários não constavam essa informação.

Conforme Camarano et al (2004), a proporção de idosos distribuídos por cor/raça/etnia nos anos 2000 indicava a predominância de idosos brancos, seguida dos pardos, similar ao que constatamos na nossa pesquisa. Entretanto, desde 2010, conforme Bernardo (2019), observa-se o aumento da população parda ou preta em relação à população branca, sinalizando, dentre outros fatores, maior reconhecimento, por parte da população negra, sobre a importância de se encorajar na autodeclaração.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)– Características dos Moradores e Domicílios, divulgada pelo IBGE (2018):

De 2012 a 2017, os dois grupos cresceram consistentemente: os pretos foram de 7,4% da população para 8,6%, enquanto os pardos saíram de 45,3% para 46,8%. Os que se dizem brancos, por outro lado, caíram de 46,6% para 43,6% (PARADELLA, 2018)

Nesse sentido, a gerente da PNAD Contínua ratifica que existem duas possíveis motivações para essa alteração:

A primeira é a miscigenação da população. A população vai se casando e se reproduzindo fora de sua etnia. A segunda hipótese é a questão das políticas de afirmação, das pessoas entenderem a importância de se dizer de determinada cor e não mais dizer que é de outra. É entender a importância de sua própria origem, de sua cor ou raça (PARADELLA, 2018).

2.2.2- Escolaridade

TABELA 2. ESCOLARIDADE

Nenhuma	1 a 5 anos	6 a 10 anos	Superior
04	08	02	01

FONTE: SALES, 2019.

Em relação à escolaridade, constatamos que quatro não tinham escolaridade, oito apresentavam de 1 a 5 anos de escolaridade, dois possuíam de 6 a 10 anos, e um tinha o ensino superior completo.

Dados do IBGE (2015) mostram que a escolaridade da população idosa, medida pelos anos de estudo, tende a ser baixa, em virtude do pouco acesso à educação formal na idade apropriada. Em 1980, os homens idosos tinham em média 2,4 anos de estudo, enquanto as mulheres, 1,9 anos. Esse índice subiu em 2014 para 5,1 entre os homens e 4,9 entre as mulheres. Todavia, o número de analfabetos entre as pessoas idosas ainda é significativo, pois o indicador, mesmo em queda nas demais faixas etárias, permanece em alta para as idades mais avançadas com diferenças entre os gêneros e o quesito cor (BERNARDO, 2019, p. 110).

É interessante salientarmos que, dentre os três que possuíam maior escolaridade, dois eram homens, inclusive o único que possuía o ensino superior, o que é similar ao dado apresentado por Camarano et al (2004, p.34), a respeito dos anos 1940-2000, no qual afirma que “apesar de os ganhos no período terem sido mais significativos entre as mulheres, são os homens idosos que se encontram em melhores condições de alfabetização: 68,9%. Entre as mulheres, a proporção comparável é de 63,4%”.

2.3- Situação habitacional

TABELA 3. LOCAL E TIPO DE MORADIA

Local					Tipo			
Zona oeste	Zona norte	Zona Centro	Zona Sul	Outro município	Própria	Alugada	Cedida	ILPI
03	08	02	01	01	11	01	01	01

FONTE: SALES, 2019.

A partir desses dados, percebemos que a maioria reside na Zona Norte do município do Rio de Janeiro e precisa fazer, pelo menos, uma viagem em transporte público, o que pode ser considerado um agravante para a assiduidade dos usuários nas consultas agendadas no ambulatório, visto que trata-se de um ambulatório dirigido a segmento populacional mais fragilizado e com dificuldades de deambulação. A mobilização dos idosos, de suas residências distantes até o ambulatório, não é uma tarefa simples. Além do transporte público não oferecer a acessibilidade necessária,

essa ação exige pactuação entre os demais membros da família (nem sempre presentes no processo de cuidados). O que tem sido observado, na maioria das vezes, é a sobrecarga do cuidador principal, geralmente assumindo sozinho as tarefas pertinentes aos cuidados domiciliares (BERNARDO, 2016). O custo também se torna um agravante, como veremos posteriormente, no item que trata da renda desses usuários.

Essa dificuldade de mobilidade até o ambulatório tem sido recorrentemente frisada nos prontuários e tem impedido, inclusive, a manutenção do atendimento de idosos na unidade, pois, muitas das vezes, o idoso e a família não conseguem manter o acesso a esse atendimento especializado, passando a depender de uma articulação com outros equipamentos ou programas da rede socioinstitucional.

Quanto ao tipo de moradia, identificamos que a maioria dos idosos possui moradia própria, entretanto vivem com filhos e/ou outros parentes, o que nos leva a refletir sobre a possibilidade deles terem ido morar com o usuário por conta da necessidade de um cuidado prolongado, que demanda atenção em tempo integral.

2.3.1-Problemas de habitabilidade e acesso

TABELA 4. PROBLEMAS DE ÁGUA, ESGOTO/COLETA DE LIXO E DE ACESSO

Problemas água, esgoto/coleta de lixo		Problemas de acesso	
S	N	S	N
07	08	07	08

FONTE: SALES, 2019.

Devemos destacar que dificuldades de habitabilidade (saneamento básico, violência, riscos quanto à locomoção e segurança do próprio idoso) e de acesso (escadas, transporte público, etc;), são importantíssimas de serem analisadas porque, por se tratarem de idosos mais fragilizados, esses tipos de impasses interferem na presença desses no ambulatório, como mencionamos anteriormente, e por conseguinte na continuidade do acompanhamento em saúde. O vínculo estabelecido

com a moradia tem sido um elemento muito importante na avaliação social, pois indica o espaço doméstico da família, seus valores, cultura e condições materiais de vida. As redes constituídas e os equipamentos existentes na localidade podem criar um ambiente mais seguro e de garantia de direitos. Por outro lado, as situações de violência e limitações para o acesso aos recursos podem criar severas dificuldades para o idoso e sua família e revelam dentre outros aspectos, a “(...) inexistência de unidades especializadas no local de moradia ou a sua desarticulação” (BERNARDO, 2016, p.427).

2.4- Situação previdenciária e de renda

TABELA 5. SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Aposentadoria por tempo de serviço	Aposentadoria por idade	Aposentadoria Invalidez	Pensão	BPC	Sem informação
05	04	01	03	01	01

FONTE: SALES, 2019.

Identificamos que cinco idosos eram aposentados (as) por tempo de serviço, quatro eram aposentados (as) por idade, três eram pensionistas, um recebia Benefício de Prestação Continuada (BPC), um era aposentado por invalidez e um só soube responder que era aposentado, não especificando o tipo de aposentadoria que recebia.

A aposentadoria produz impactos significativos na vida dos idosos, determinados pela renda, dependência e pelo papel central do trabalho na vida dessas pessoas. Observa-se que os idosos têm se mantido o maior tempo possível inserido no processo produtivo, seja por necessidade financeira ou pela manutenção da inserção social. Desse modo, a vida do trabalhador prestes a se aposentar ou já aposentado é atravessada por experiências ambíguas, uma vez que a aposentadoria deveria ser um direito conquistado e não uma árdua experiência de sobrevivência. (BERNARDO; ASSIS, 2014).

Segundo Faleiros (2014), a aposentadoria por idade revela a histórica precarização do trabalho no Brasil. Com a exigência de uma maior rotatividade das

ocupações do trabalhador pelo modo de produção capitalista, os sujeitos são impulsionados a procurar alternativas para a troca da sua força de trabalho no mercado informal, o que dificulta ou, até mesmo, impede a sua contribuição compulsória aos órgãos competentes e, portanto, a sua futura aposentadoria, posto que o sistema previdenciário brasileiro é basicamente formado pela lógica do seguro social. Além do mais, a necessidade de produtividade no mundo capitalista demanda à pessoa idosa a postergação da sua saída do mercado de trabalho para o mais tarde possível, forçando a continuidade de desgaste da sua força de trabalho em outros meios, como o mercado de trabalho informal, por exemplo.

O fator renda, por sua vez, é um dos dados fundamentais para conhecermos a realidade objetiva dos idosos e suas famílias, sobretudo no que tange a sua capacidade de gerir as despesas, que tendem a se avolumar na velhice. Conforme dados do IBGE (2013) levantados por Bernardo (2016), medicamentos e exames são os custos mais altos das famílias de baixa renda, enquanto os planos de saúde são as maiores despesas das famílias com renda superior, o que expressa comprometimento da renda dos idosos com os gastos com a saúde. A nossa amostra revela que a maioria dos idosos sobrevive com renda de um salário mínimo, conforme tabela abaixo.

TABELA 6. RENDA

1 SM	2 SM	Sem informação
11	03	01

FORNTE: SALES, 2019.

2.5-Situação familiar e rede de suporte

TABELA 7. SITUAÇÃO FAMILIAR

Com quem reside			Possui rede de suporte familiar		
Familiar	Sozinho	Institucionalizado	Sim	Não	Sem informação
13	1	1	12	1	2

FORNTE: SALES, 2019.

Com base na tabela acima, verificamos que, na maioria das vezes, quem assume a responsabilidade pelo cuidado prolongado é a família. Apenas um idoso tinha cuidador profissional como apoio ao cuidado familiar. Em relação aos tipos de suporte recebido pelos familiares, percebemos que a maioria dos idosos recebia algum tipo de suporte financeiro, moradia, alimentação e companhia/ cuidado pessoal, havendo, inclusive, a junção de mais de um desses itens.

Trata-se de uma amostra com recursos financeiros reduzidos, o que impossibilita a contratação de cuidadores profissionais. Por outro lado, a insuficiência ou ausência de recursos públicos impele maiores exigências à família e no seu interior, a mulher. Confirma-se que há uma tendência de responsabilização das famílias, principalmente das mulheres, através de uma cultura do cuidar, que é apoiada pela legislação vigente (BERNARDO, 2016).

A respeito da institucionalização, segundo Bernardo (2016), as famílias que possuem maiores recursos costumam contratar cuidadores profissionais ou abrigar seus idosos em instituições de longa permanência privadas, ao contrário das famílias com menores condições financeiras que, normalmente, não conseguem acessar esse tipo de serviço, exceto em casos de comprovação de maus-tratos ou situações mais emergenciais, nas quais o Ministério Público pode ser acionado para garantir o acesso a essas instituições de caráter público.

2.6 - Recursos públicos e filantrópicos acessados:

Dentre os casos analisados, agrupamos os equipamentos e insumos de acordo com a maior prevalência. Destacamos os seguintes: cadeira de rodas e higiênica, medicamentos, transporte, suplemento nutricional e fraldas geriátricas. Identificamos que existem recursos demandados pelos usuários e que não são atendidos suficientemente pelos agentes públicos, sendo necessário o processo de judicialização para o seu acesso, havendo também a predominância da solidariedade de terceiros ou projetos filantrópicos.

Nesse item consideramos importante relatar um registro de prontuário muito pertinente que representa a fala de um filho, cuja mãe vem de sua terra natal para o Rio de Janeiro, pois está apresentando sinais de adoecimento. O filho apresenta um

retrato de suas dificuldades para acessar uma unidade de saúde especializada, sendo fundamental frisar que até o momento, sua mãe não tinha nenhum tipo de acompanhamento médico:

Filho teve dificuldades de acessar a rede pública de saúde, tendo em vista especificidade do quadro de saúde. Após peregrinar por várias unidades de saúde, o filho solicitou através da Defensoria Pública acesso ao serviço especializado de saúde (Prontuário nº 2)⁵.

A partir disso, podemos indagar sobre um assunto oportuno: Será que existem poucas unidades de saúde especializadas no cuidado à pessoa idosa?⁶ Por meio da análise dos prontuários, pudemos observar que existem usuários de diversas regiões do município do Rio de Janeiro, o que nos revela tensões e contradições na lógica da regionalização do SUS⁷.

3 – Considerações finais

As reflexões até agora construídas objetivaram expor a relação entre as condições de vida e de trabalho e o processo de adoecimento e, mais do que isso, a heterogeneidade de formas como a velhice é vivenciada, principalmente pela classe trabalhadora em suas frações mais precarizadas.

Ao longo deste estudo, obtivemos informações valiosíssimas que demonstraram o quanto o “social” e o “biológico” estão em constante relação, constituindo um conjunto de aspectos biopsicossociais que não podem ser vistos e/ou tratados separadamente. Essa análise nos proporcionou uma compreensão ampliada de que, mesmo quando nos voltamos para apenas uma questão, como o “acesso”, por exemplo, ela está, na maioria das vezes, atrelada aos diversos outros

⁵ Neste trabalho, por questões éticas, preservamos as identidades dos usuários, bem como demais personagens envolvidos, utilizando números de prontuários fictícios.

⁶ Recentemente, Bernardo (2019, p.276) realizou pesquisa sobre a rede socioassistencial do município do Rio de Janeiro e constatou severas lacunas diante do desmonte das políticas públicas e da contrarreforma do Estado, confirmando tratar-se de uma rede “fragmentada, produtivista, familista e feminilista, com crescente redução de programas e serviços”.

⁷ Conforme Bernardo (2016, p.427), “as unidades especializadas no cuidado ambulatorial ao idoso com doenças neurodegenerativas do município do Rio de Janeiro estão concentradas em determinados territórios, notadamente as regiões da grande Tijuca, Centro e Zona Sul”.

condicionantes sociais, como: a fragilidade e dependência dos idosos, a sua renda restrita e, até mesmo, a sobrecarga do cuidador.

Podemos concluir que, os aspectos sociais como renda, habitação, escolaridade, entre outros, interferem diretamente no processo de saúde-doença-cuidado. Além disso, os desafios para área do envelhecimento ainda são grandes, mas os investimentos teórico-analíticos de vertentes críticas que estudam tal fenômeno e revelam os condicionantes que estão por detrás de uma velhice em condições insatisfatórias, já podem ser considerados como avanços para futuras pesquisas e propostas.

Portanto, a análise aqui empreendida não pode dissociar-se dos movimentos mais amplos pelos quais a sociedade brasileira vem passando. Em que pese as diferentes concepções de saúde bem como os projetos societários atualmente em disputa, reforçamos que a organização do sistema econômico de um país constitui a base estrutural de uma série de condicionantes sociais de saúde, que demandam investimentos mais apurados de análise.

4. Referências

BERNARDO, M. H. J. Envelhecimento com dependência: a invisibilidade dos cuidados familiares. In: BERNARDO, M. H.J.; MOTTA, L. B. **Cuidado e interprofissionalidade**- Uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa (Núcleo de Atenção ao Idoso/UnATI-HUPE-UERJ). Curitiba: CRV editora, 2016 (cap. 20).

BERNARDO, M. H.J. **Envelhecimento da classe trabalhadora, dependência e cuidados familiares: desafios para a proteção social no município do Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado. FSS/UERJ, 2019. 299f.

BERNARDO, M.H.J.; ASSIS, M. Saúde do Idoso e a integralidade da atenção. In: DUARTE, M. J. O. et al (Orgs.). **Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais**. 1ª ed. Campinas: Papel Social, 2014, v. 1, p. 317-333.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, set. 1990.

Disponível

em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>.

Acesso em: 21/01/19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>.

Acesso em: 21/01/19.

BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. Rio de Janeiro: Physis (**Revista de Saúde Coletiva**), v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J.L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**. Muito além dos 60? 2. ed. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**: Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2015.

FALEIROS, V. P. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. **Revista Argumentum**, Vitória (ES), V. 6, n.1, p. 6-21, jan/jun. 2014.

GARBOIS, J. A. et al. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. São Paulo: **Saúde Soc.**, v. 23, n.4, p. 1173-1182, 2014.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**- Capital financeiro, trabalho e “questão social”. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Revista Temporális**, Brasília: ABEPSS, v. 2. n. 3, p. 41-49, 2001.

NOGUEIRA, V. M. R. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais- um debate necessário. In: **Revista Serviço Social & Saúde**, UNICAMP Campinas, v. x, n.12, dez, 2011.

PARADELLA, R. **PNAD Contínua: Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS, [s. l.], 26 abr. 2018. Disponível em:

<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencianoticias/2012agenciadenoticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anoseultrapassa30milhoes-em-2017>>.

Acesso em: 21/01/19.

SALES, C. P. L. C. **A determinação social no processo de adoecimento dos idosos em um serviço especializado de atenção à saúde**. (Trabalho de conclusão de curso) – Faculdade de Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital**. Implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.