

O reflexo do familismo na atenção à saúde da pessoa idosa

| **Alessandra Antonio Maria dos Santos**

Universidade Luterana do Brasil - ULBRA

| **Michelle Bertóglia Clos**

UNILASALLE/RS

| **Patrícia Krieger Grossi**

Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Artigo original publicado em: 2018

IV SERPINF- II SENPINF

Oferecimento de obra científica e/ou literária com autorização do(s) autor(es) conforme Art. 5, inc. I da Lei de Direitos Autorais - Lei 9610/98

RESUMO

Este artigo apresenta um relato de experiência de estágio em Serviço Social desenvolvido em um hospital na cidade de Porto Alegre. Tem como enfoque a temática do familismo e as demandas emergentes do envelhecimento no âmbito da saúde. O objetivo é analisar as dificuldades no acesso aos bens e serviços de saúde da pessoa idosa de alta dependência, bem como as fragilidades no contexto familiar. Para isso, coletou-se as informações sócio-familiares de 18 pacientes com essas características e fez-se um projeto de intervenção para acompanhá-los, e seus familiares, durante o período de internação hospitalar, a fim de contribuir para uma desospitalização segura. A partir da análise dos resultados obtidos, identificou-se um número ampliado de pessoas idosas internadas acima de 80 anos, predominantemente do sexo feminino, bem como foi identificada a fragilidade das redes de apoio à pessoa idosa com alta dependência. Nesse sentido, concluiu-se que se fazem necessárias políticas públicas efetivas que possam garantir os direitos da população idosa no contexto saúde/doença.

Palavras-chave: Envelhecimento, Familismo, Redes de Apoio, Saúde, Políticas Públicas.

■ INTRODUÇÃO

Este artigo tem como questão central problematizar o reflexo do familismo na atenção à saúde da pessoa idosa. Em paralelo, aborda questões relacionadas ao envelhecimento populacional, bem como é explorada a temática das redes de apoio das pessoas idosas, sendo elas primária, a família, e secundária, sociedade e Estado. Portanto, o objetivo deste artigo é oportunizar reflexões quanto ao conceito de familismo que contribuam para a discussão sobre a responsabilidade da proteção social às pessoas idosas unicamente pela família e, assim, trazer para a pauta a retração do Estado na divisão dessas responsabilidades, bem como olhar para as demandas advindas da população idosa em situação de alta dependência.

Esta reflexão resulta na compreensão do quanto é necessária e justa uma atenção mais significativa às pessoas idosas, tendo em vista o fenômeno do envelhecimento populacional e a garantia de direitos sociais.

■ DETALHAMENTO DA EXPERIÊNCIA

O presente artigo consiste em um relato de experiência de estágio obrigatório em um espaço de alta complexidade na área da Saúde na cidade de Porto Alegre (RS) e traz, em articulação com essa experiência, perspectivas de autores como Campos e Mito (2003) e Veras (2008, 2009) no que se refere ao familismo e envelhecimento populacional.

A partir do que se vivenciou no estágio foi possível ver a significativa quantidade de pacientes idosos internados por longo período de tempo e/ou com reinternações seguidas, e, dentre esses usuários, percebeu-se que a incidência das internações de longo período era prioritariamente de pacientes com grau de classificação de saúde de alta dependência.

Tratando-se desse público, de perfil mais frágil em relação à saúde e que requer cuidado contínuo e constante, foi possível também enxergar grande dificuldade de as famílias assumirem a alta hospitalar dos pacientes devido à falta de suporte e recursos materiais para a continuidade do cuidado. Perante essas constatações advindas da experiência de estágio, reflete-se sobre as transformações nas organizações familiares, apresentadas por meio das dificuldades das famílias em acompanhar de forma contínua os pacientes devido a uma rede de apoio primária (família) reduzida, bem como à rede secundária (sociedade, Estado) fragilizada, colocando em vista a omissão do Estado diante desse novo contexto.

Familismo no processo de cuidado da pessoa idosa

O envelhecimento populacional entendido como “o crescimento da população considerada idosa em uma dimensão tal que, de forma sustentada, amplia a sua participação

relativa no total da população” (MOREIRA, 2001, p. 27), vem ao longo dos anos alterando a estrutura da pirâmide etária na sociedade. O Brasil, tempos atrás, era considerado um país jovem e hoje se vê composto por uma alta incidência de idosos. Elucida-se isso no fato de que “O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos” (VERAS, 2008, p. 549).

De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS),

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento. (WHO, 2005, p. 8).

Essa alteração na pirâmide etária se originou a partir de uma queda de fertilidade, implicando na acentuação da quantidade de pessoas idosas em comparação com as outras faixas etárias. Em concordância com essa afirmação, de acordo com os dados do IBGE (2011, p. 48), os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009 mostram que “[...] a taxa de fecundidade total para a área urbana foi de 1,8 filhos contra 2,7 filhos na área rural. Valores bastante inferiores aos observados em 1960, 5,0 e 8,4 filhos para as áreas urbana e rural, respectivamente”.

Entretanto, também se deve considerar os avanços tecnológicos e da medicina que possibilitaram o aumento da expectativa de vida a partir de diagnósticos precoces, tratamentos avançados e equipamentos para a manutenção da vida em situação hospitalar (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004, p. 28). Portanto, especificamente no campo da Saúde, o envelhecimento populacional também traz uma nova mudança no perfil de doenças da população, processo denominado de transição epidemiológica, ou seja, a alteração de doenças infecto-contagiosas para um aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis, sendo que este último perfil de doenças prevalece no público idoso.

Com relação às demandas apresentadas pelas pessoas idosas na Política de Saúde, tem-se como foco a utilização dos serviços de internações hospitalares com mais frequência, assim como um tempo de ocupação do leito mais prolongado se comparado com as outras faixas etárias. Por se tratar de uma população mais frágil fisicamente, o acompanhamento e cuidado, por vezes, tornam-se constantes ou permanentes, seja por familiar, cuidadores ou pelos próprios profissionais da saúde. A medicação, em casos de doenças crônicas, é contínua, bem como os exames periódicos, e isso implica na utilização recorrente dos serviços de saúde (VERAS, 2008).

Diante dessas demandas e mudanças epidemiológicas, exige-se da sociedade e do Estado novos posicionamentos para que atendam às necessidades desse segmento populacional, pois, como defende Veras (2009, p. 549), o prolongamento da vida “só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida”. Assim, devemos pensar como essa qualidade é garantida aos nossos idosos. Que mecanismos as famílias contemporâneas possuem para o cuidado desses idosos, em especial daqueles na condição de saúde de alta dependência?

A partir desses questionamentos, faz-se necessário refletir também sobre quais são os mecanismos existentes de proteção social aos idosos, compreendendo que a família sempre teve o papel central no cuidado e sustento dos mais frágeis, mas que, com as mudanças contemporâneas, principalmente com a entrada da mulher no mercado de trabalho e a conseqüente redução do seu tempo disponível para o cuidado da família, passa a ser necessário que também o Estado assuma uma posição de proteção ao público idoso. Nas palavras de Pavin e Carlos (2013), a dimensão do cuidado é contemplada da seguinte forma:

A necessidade de cuidado está junto ao ser humano, desde o seu nascimento, acompanhando-o pela infância, pela fase adulta, chegando, de forma acentuada, na velhice do indivíduo. O ato de cuidar está voltado à manutenção e ao atendimento das necessidades de um sujeito para com o outro, ou seja, prestar atendimento e atenção a alguém, muitas vezes, corresponde a ações voltadas às necessidades físicas e psicológicas. (PAVIN; CARLOS, 2013, p. 243).

Partindo dessa compreensão, entende-se que o cuidado é inerente ao ser humano ao longo do seu desenvolvimento, com diferentes necessidades conforme a etapa de vida em que se encontra. Cuidar é uma ação realizada por uma pessoa para a outra. Conforme Boff (2014, p. 117), o cuidado é “uma atitude, vale dizer, uma relação amorosa, suave, amigável, harmoniosa e protetora para com a realidade: pessoal, social e ambiental”. Ou seja, o cuidado, nesse sentido, é uma relação mútua que se estabelece entre os sujeitos.

Como já exposto, a instituição familiar é fundamental para o ato de cuidar, porém, com as mudanças significativas em sua estrutura e nos papéis tradicionais dentro do seio familiar, pode-se ver que existe uma acentuada diferença entre as famílias consideradas tradicionais e as contemporâneas. Nessa lógica, observa-se a perda da capacidade de cuidado desempenhada pela família à medida que esta diminui, resultando na restrição desses cuidados a um número cada vez menor de componentes que fazem parte da rede primária do idoso.

Outro fator influente que prejudica o cuidado e que foi observado no estágio em Saúde refere-se ao pouco amparo do Estado no que tange os recursos disponíveis às famílias para que possam dar conta dessa atenção voltada às pessoas idosas e a falta de políticas públicas que levem em consideração as novas configurações familiares. De acordo com Santos e Silva (2013):

As políticas públicas voltadas para o envelhecimento, principalmente com dependência, e ao cuidador familiar são frágeis e insuficientes, tornando o sistema público ineficaz no exercício de suas funções com resolutividade e plenitude. O sistema de saúde brasileiro não está preparado para atender a contento a população idosa que adoece e sua família. Essa situação contribui para a transferência do papel da seguridade social para as famílias, o que sobrecarrega o cuidador familiar, comprometendo a qualidade de assistência prestada, assim como a própria saúde do familiar que cuida. (SANTOS; SILVA, 2013, p. 368).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006, p. 2) afirma que, “embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória”. Como consequência, transmite-se à família as responsabilidades de cuidado com as quais o Estado não consegue arcar. Hoje, com base nas mudanças estruturais das famílias, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) define que:

O novo cenário tem remetido à discussão do que seja a família, uma vez que as três dimensões clássicas de sua definição (sexualidade, procriação e convivência) já não têm o mesmo grau de imbricamento que se acreditava outrora. Nesta perspectiva, podemos dizer que estamos diante de uma família quando encontramos um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e, ou, de solidariedade. Como resultado das modificações acima mencionadas, superou-se a referência de tempo e de lugar para a compreensão do conceito de família. (BRASIL, 2005, p. 41).

Assim, a família não é mais limitada ao sentido restrito aos laços consanguíneos, mas àquelas pessoas que compõem uma rede familiar, a qual pode ser composta também por relações afetivas estabelecidas entre as pessoas. Conforme Simões (2009, p. 187), “As famílias de trabalhadores tornaram-se menores (família nuclear), sob maior diversidade de relações (família natural, reconstituída, substituta ou adotiva e monoparental)”.

Essa nova configuração de família traz consigo arranjos diferentes que podem acarretar falta de suporte à pessoa idosa, principalmente quando se trata de indivíduos que não possuem filhos ou parentes próximos, ou seja, que não contam com suporte extenso devido à redução na composição familiar. Nesse sentido, a atenção disposta a esse indivíduo fica a cargo das poucas pessoas que fazem parte do seu ciclo de convivência. Compartilha-se da posição de Zola (2015, p. 52) de que:

A alteração do lugar da mulher na sociedade, principalmente por sua maciça entrada no mercado de trabalho, e o aumento da instabilidade conjugal, transformam o modelo de família tradicional, apoiado nas funções de pai, mãe e filhos, e sobrecarregam as funções familiares, como o cuidado com as crianças e os idosos. Indicadores que colocam em relevo a necessidade de ajustes / regulação pública e a desigualdade entre os gêneros.

Não obstante, a família ainda é fonte principal de proteção social aos seus membros, principalmente se tratando do público idoso, quando este necessita de cuidados. Em concordância com essa reflexão, a Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2005, p. 41) considera a família como “espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida”.

As autoras Campos e Miotto (2003) afirmam que a família sempre teve papel implicado junto à política social; no entanto, quando esse papel de proteção se torna unicamente da família, ocorre uma retração do Estado no seu dever de proteger e oferecer subsídios necessários para a garantia dos direitos sociais. Para ressaltar esse contexto, essas autoras trazem, como uma definição desse papel da família, o conceito de familismo

[...] como uma alternativa em que a política pública considera – na verdade exige – que as unidades familiares assumam a responsabilidade principal pelo bem-estar social. Justamente porque não provê suficiente ajuda à família, um sistema com maior grau de “familismo” não deve ser confundido com aquele que é pró-família. (CAMPOS; MIOTTO, 2003, p. 170).

Essa concepção apresentada traz a ideia de que o Estado impõe às famílias a responsabilidade de garantir os fatores que tornam a vida dos seus membros segura e digna. Essa responsabilização é vivenciada na medida em que a família arca com essa proteção, que em tese deveria, pela forma da lei, ser dividida, considerada como uma obrigação não só da família, mas também “da comunidade, da sociedade e do Poder Público” (BRASIL, 2003, Art.3º). Além da responsabilidade imposta à família em relação à provisão do bem estar material, que envolve a aquisição de planos de saúde, alimentação, cuidados médicos e lazer, existe a necessidade de amparo à pessoa idosa na sua condição de saúde, tendo em vista que:

A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população traz importantes repercussões na vida dos idosos, de suas famílias e para as comunidades em que estão inseridos; principalmente nos casos em que o envelhecimento é acompanhado pela dependência. (SANTOS; SILVA, 2013, p. 362).

Conforme já argumentado, no âmbito da saúde, quanto ao cuidado da pessoa idosa, o papel do cuidador, em geral, é assumido pela família, a rede primária, mas o conceito de cuidador compreende que ele é “a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família” (BRASIL, 2012, p. 24). Nesse sentido, também se percebeu, no campo de estágio, que alguns idosos, quando ainda em boas condições de saúde, anterior à dependência, já haviam feito a contratação

de cuidadores para auxiliá-los em domicílio. Algumas famílias também optaram pela contratação de cuidadores, que muitas vezes permanecem em tempo integral com o paciente.

Perante essa constatação, deve-se refletir que, assim como são necessárias políticas efetivas quanto à garantia dos direitos dos idosos, é expressamente importante que se dê suporte à família para que ela possa, dentro de suas funções e estrutura contemporâneas, arcar com os cuidados relacionados às necessidades dos idosos na sua condição de saúde. Nesse contexto, entende-se que tanto a família quanto o Estado e sociedade formam uma trama de redes de apoio que podem amparar as pessoas idosas.

Pessoas idosas com alta dependência: necessidades e possibilidades nas redes de apoio

No hospital do município de Porto Alegre em que se deu o estágio, reconhecido como uma organização privada de alta complexidade no campo da Saúde, foi possível perceber a grande incidência de idosos internados ou à procura de atendimento de saúde, bem como foi possível observar as demandas decorrentes da condição de saúde da população envelhecida. Em relação à quantidade de idosos, os dados obtidos por meio do Sistema Phillips Tasy¹, utilizado no hospital, indicaram que, no período de janeiro a junho de 2015, foram atendidos e internados 7.023 pacientes e, desses, 53,88% eram idosos.

Para maior conhecimento do público idoso atendido na instituição, utilizou-se como estratégia verificar, pelo sistema operacional mencionado acima, as condições de saúde dos idosos em internação, sendo que o grau de dependência, baixa, média ou alta, de cada idoso definia-se a partir de instrumentos adotados pela enfermagem e constava ao lado do nome do paciente no prontuário. Percebeu-se, no decorrer do estágio, um número elevado de pacientes idosos com a complexidade de saúde em nível de alta dependência; desses, alguns já faziam uso de equipamentos para a manutenção da condição respiratória, para a captação da alimentação e eliminação de dejetos.

Após essa coleta de dados e tendo em vista a importância das redes de apoio no contexto atual da população idosa, foi elaborado o projeto de intervenção Redes de Apoio à Pessoa Idosa, com o intuito de auxiliar os familiares no pós-alta hospitalar a partir de orientações sobre as redes que podem apoiá-los no cuidado do paciente no retorno para casa, bem como de identificar os determinantes sociais no contexto familiar, conforme será especificado mais adiante. Para realização desse projeto, fez-se uma busca ativa dos pacientes idosos internados com alta dependência por meio do sistema operacional da instituição e

1 Sistema operacional utilizado no hospital que possibilita identificar os pacientes internados e em atendimento, assim como visualizar os prontuários.

identificou-se os familiares que acompanhavam o paciente idoso internado. Nessa busca, foram encontrados 18 pacientes idosos de alta dependência, os quais, então, compuseram a amostra da pesquisa. Em entrevistas com cada acompanhante, promoveu-se a participação ativa da família no tratamento e recuperação do paciente idoso com alta dependência e apresentou-se as redes de apoio externas, os recursos comunitários existentes, bem como se orientou os familiares nos seus direitos perante o Estado quanto ao cuidado dos seus idosos. Esse projeto foi destinado aos pacientes de alta dependência, observados no estágio como um público de grande demanda. Nesse público específico, foi identificada a importância de um trabalho pautado nas redes, devido às dificuldades apresentadas pelas famílias no acesso a bens e serviços de saúde para a continuidade do cuidado.

O conceito de rede, de acordo com Kern (2005, p. 53), “é a instância instituída, ao passo que a teia social é o fio-relação que se conecta à mesma, construída pela condição humana de acordo com as suas necessidades”. Portanto, a rede é formada a partir das relações do ser humano com o seu contexto social. Dentre as redes de nossa sociedade, têm-se as redes de comunicação, redes de distribuição, bem como as redes sociais, que são conceituadas por Neri e Sommerhalder (2006, p. 12-13) da seguinte forma:

Redes sociais de apoio são grupos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços e relações de dar e receber. Elas existem ao longo de todo o ciclo vital, entendendo à motivação básica do ser humano a vida gregária. No entanto, sua estrutura e suas funções sofrem alterações dependendo das necessidades das pessoas. As redes sociais de apoio a idosos são caracterizadas por normas de conduta, valores e expectativas que lhes são específicas. Dar e receber ajuda material, instrumental e emocional, e, além disso, serviços e informações são funções centrais das redes de apoio envolvendo adultos e idosos.

Sendo assim, as redes são compostas por pessoas que compõem nossas relações. Nas palavras de Faleiros (2011), a construção das redes é processual e dinâmica, pois envolve dois tipos de redes, as redes primárias, que “se configuram mais significativas para o eu, como as relações afetivas, familiares e de amizade” (p. 58) e as redes secundárias. As redes primárias ou informais são compreendidas por Neri e Sommerhalder (2006, p. 13) como aquelas que:

[...] funcionam com base nos princípios de solidariedade e de reciprocidade entre as gerações. O primeiro, solidariedade, se faz presente no contexto do cuidado oferecido a pessoas da mesma geração, caso do cônjuge e de parentes e amigos com idade próxima à do cuidador, com os quais ele não compartilhou uma relação de dependência em outro momento do ciclo vital. O valor reciprocidade preside as relações de cuidado dos filhos para com os pais e eventualmente para com outros parentes da geração precedente. Por extensão, os cônjuges dos filhos e seus descendentes compartilham o dever de cuidar, embora a responsabilidade recaia sobre os descendentes diretos, ou seja, filhos e filhas.

A partir dessas definições, entende-se como rede primária ou redes de apoio informal aquelas compostas por pessoas com quem o sujeito tem um vínculo de convivência. São definidas como informais porque o cuidado estabelecido é baseado na solidariedade e reciprocidade, não exigindo um vínculo contratual ou que requer uma remuneração.

As redes secundárias, determinadas como “formais, institucionalizadas e [que] dizem respeito à socialização do sujeito e a vínculos sociais mais amplos” (FALEIROS, 2011, p.58), são representadas para as pessoas idosas por “hospitais, ambulatórios e consultórios médicos e de outras especialidades na área da Saúde; por clínicas geriátricas, casas de repouso, asilos, centros-dia e, mais recentemente, unidades de apoio domiciliar” (NERI; SOMMERHALDER, 2006, p. 13). Essas redes são estabelecidas por contratos profissionais e serviços oferecidos pelo governo que buscam abarcar as necessidades das pessoas idosas para a garantia da qualidade de vida e apoio ao cuidador familiar.

Diante dessas reflexões, durante o projeto de intervenção no hospital referenciado, foi utilizado um conjunto de estratégias para o mapeamento da rede secundária, tais como contatos telefônicos com a Secretaria de Saúde, Prefeitura e Coordenação do Programa Melhor em Casa, a fim de localizar serviços que prestam a continuidade do cuidado e recursos indispensáveis para realizá-lo, orientações dos direitos das pessoas idosas e organização de informações para o fortalecimento da rede de atenção à pessoa idosa. Foram realizadas abordagens individuais (entrevistas) que se davam em visita ao leito em período semanal e que utilizavam um formulário sócio-familiar a fim de que ali fossem registrados os seguintes determinantes: o nome do paciente, sexo, a idade, o responsável pela internação, a situação de saúde, a composição familiar, a existência ou não de contratação de um cuidador, bem como os recursos da comunidade acessados, dentre eles a Unidade Básica de Saúde. Utilizou-se também, para a coleta de dados, a observação, que se refere a um olhar mais atento, não investigativo, mas aberto ao que pode ser visto além do concreto – portanto, um olhar também à subjetividade do sujeito –, para então poder se colocar como profissional no contexto do usuário, fazendo uso, da mesma forma, da escuta sensível, que

[...] permite identificar outras situações de vulnerabilidade que não são apresentadas inicialmente pelo usuário. Muitas vezes o usuário busca o serviço para superar uma situação de risco social e nem mesmo identifica que existe uma multiplicidade de questões que agravam as suas condições de vida. (SPEROTTO, 2009, p. 34).

Também achamos imprescindíveis, frente ao contexto apresentado, as orientações quanto aos recursos existentes, tais como a referente à aquisição do Cartão Nacional de

Saúde (CNS)², cuja numeração, para os usuários que não tivessem o CNS, estava disponível no setor de internação na instituição hospitalar; a lista de clínicas geriátricas³, que contava, ao final da atualização, em 2015, com 91 clínicas; lista de ortopedias; orientações de documentação para aquisição de fraldas pela Farmácia Popular e/ou SUS; e orientações sobre a documentação necessária para aquisição da dieta enteral pela Farmácia de Medicamentos Especiais.

Entre os instrumentos materiais utilizados para orientação de acesso a alguns direitos próprios da pessoa idosa, estão o Estatuto do Idoso, fornecido para o projeto pela Comissão e Cidadania dos Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul; e a Cartilha da Pessoa Idosa⁴, que apresenta informações, dentre as redes externas, sobre serviços de atendimento de saúde como a Unidade Básica de Saúde (UBS), enfatizando o Programa Melhor em Casa, criado pelo Ministério da Saúde, e que consiste em um programa domiciliar que atende pacientes com alta dependência. Essa cartilha esclarece aos familiares e usuários o funcionamento das UBS e como se realiza a Atenção Domiciliar (AD).

Outras instituições presentes na Cartilha da Pessoa Idosa são o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos (SCFV), ação desenvolvida pela Proteção Social de Básica Complexidade (PSB) nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS); o Centro-Dia, desenvolvido pela Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSEMC), e o Serviço de Acolhimento Institucional para Indivíduos e Famílias; o Serviço de Acolhimento Institucional para Pessoas com Deficiência e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), desenvolvidas pela Proteção Social Especial de Alta Complexidade (PSEAC).

As informações referentes a esses recursos foram disponibilizadas a fim de auxiliar os familiares à procura de instituições que acolhessem os idosos após a alta hospitalar ou em situações em que o paciente retornaria para a residência, tendo, nesse caso, o fim de auxiliar a família na obtenção de subsídios para dispor do cuidado de forma segura em casa. Cada orientação foi disponibilizada de acordo com as necessidades apresentadas pelos familiares e usuários, tendo como objetivo alcançar junto à família a garantia dos direitos da população idosa na sua condição de saúde frágil, dessa maneira, fomentando-a a buscar a responsabilização do Estado perante seu dever de amparo às necessidades desse segmento da população.

2 Cartão necessário para solicitar, pelo município, atendimento nas unidades de saúde ou para solicitar algum equipamento que o paciente precise.

3 Lista elaborada pela autora Alessandra Antonio Maria dos Santos em 2015 (SANTOS, 2016).

4 Produzida pela autora Alessandra Antonio Maria dos Santos, em 2015, como uma cartilha informativa, na qual constam algumas orientações em relação aos cuidados com a pessoa idosa, os principais artigos das leis que amparam os direitos desse seguimento populacional, o artigo 3º do Estatuto do Idoso e os artigos 229 e 230 da Constituição Federal de 1988, e indicações de serviços do município para a continuidade do cuidado de forma integral (SANTOS, 2016). Restringiu-se a utilização desse material informativo apenas ao âmbito da instituição em que foi realizado o projeto de intervenção.

■ DISCUSSÃO

Em relação à idade, 61% dos pacientes idosos estavam entre os 81 e 90 anos, 28% entre 71 e 80 anos, e 11% com idade igual ou superior a 91 anos. Não houve pacientes com idade inferior a 70 anos na amostra. A maioria dos pacientes era de longevos, portanto, um público com mais de 80 anos de idade, idade em que se tornam mais vulneráveis e predispostos às internações hospitalares⁵. Em 2017 o Estatuto do Idoso teve a alteração no seu Art. 3º por meio da Lei nº 13.466, ficando definido que “§ 2º Dentre os idosos, é assegurada prioridade especial aos maiores de oitenta anos, atendendo-se suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos” (BRASIL, 2003).

Quanto ao público de destino do projeto, de idosos em condição de saúde com grau de alta dependência, infere-se que essa mesma condição decorre do fenômeno do envelhecimento populacional – uma transformação demográfica que altera também o perfil epidemiológico da população, ou seja, houve uma transição epidemiológica de doenças infectocontagiosas para as doenças crônicas não transmissíveis (NASRI, 2008).

Observou-se também a predominância de mulheres na amostra desta pesquisa: 67% da população idosa dos 18 casos estudados foi feminina e 33% masculina (SANTOS, 2016, p. 59), deixando em evidência a feminização da velhice, um acontecimento que tem como explicação o fato de que “as mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens” (SALGADO, 2002, p. 8).

Referente aos cuidados após a alta hospitalar, calculou-se que 39% dos pacientes estudados retornaram a seus domicílios, aos cuidados dos cuidadores; 22% foram para casa sob os cuidados da família; e 11% foram para clínicas geriátricas. Ainda, 17% permaneceram internados no período da coleta da amostra, e 11% foi a óbito antes da alta hospitalar (SANTOS, 2016, p. 67).

Esses números mostram que, referente ao cuidado, há uma predominância atribuída às famílias e aos cuidadores em ambiente domiciliar. O resultado deixa explícito que, apesar das dificuldades e empecilhos que se apresentam no caso de a família permanecer com o paciente em domicílio em uma situação de saúde de alta dependência, ainda assim essa rede se faz predominante como uma rede de cuidado, fazendo com que a família sozinha ou a partir de contratação de cuidadores dê conta, de qualquer modo, dessa responsabilidade.

Nesse contexto, além dos custos que são exigidos para um bom cuidado, como equipamentos respiratórios, cama hospitalar e higiene, há os de alimentação adequada ao paciente que não possui condições físicas para uma alimentação via oral, o que é um dos

5 Este artigo é derivado do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Bacharel em Serviço Social (SANTOS, 2016).

fatores determinantes e condicionantes da saúde. Esse aparato de condições exigidas pela situação de saúde faz com que as famílias necessitem de apoio, tanto da sociedade quanto do Estado, na garantia de mecanismos que lhes proporcionem os recursos e serviços para conseguir suprir as demandas relacionadas ao contexto saúde/doença. No entanto, esses recursos e serviços mostram-se, na atual conjuntura, fragilizados. As redes que poderiam ser acessadas são, muitas vezes, ineficazes, precárias e insuficientes em número para atender toda a demanda, tornando, assim, a instituição familiar a principal responsável pela proteção social da pessoa idosa.

Por meio do levantamento dos prontuários, verificamos se as demandas haviam sido atendidas conforme a orientação fornecida aos familiares em relação à aquisição de recursos. Um dos familiares conseguiu adquirir uma cama hospitalar por meio de um comércio que consta na lista de ortopedia disponibilizada à família e a aquisição do Cartão do SUS, este sendo um requisito para acessar os demais recursos.

Também foi verificado, em 2015, no site da Prefeitura de Porto Alegre, o índice de cobertura de atendimento à saúde no referido município, constando 72 Unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF); 45 Unidades Básica de Saúde; 12 Unidades de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC); e 6 Centros de Saúde, totalizando 135 serviços de saúde (PORTO ALEGRE, 2015). Dentre eles, 44 possuíam, na época, o Programa Melhor em Casa⁶; portanto, apenas 32,6% dos serviços de saúde de Porto Alegre contavam com essa modalidade de atendimento no ano de 2015. No projeto foram disponibilizadas nove Cartilhas da Pessoa Idosa⁷ constando as Unidades da Saúde, bem como explicando o funcionamento do Programa Melhor em Casa. No entanto, nenhuma das unidades indicadas prestavam serviço de saúde nessa modalidade.

Assim, evidencia-se as fragilidades existentes nas redes de apoio à pessoa idosa. Em relação à rede primária, foi visto que as mudanças contemporâneas trazem como consequência pouco aparato familiar, visto que ela, a família atual, tem como característica uma composição mais estreita, o que causa uma sobrecarga aos componentes dessa família reduzida – fato também observado nos idosos atendidos no hospital. Além disso, como já mencionado, a rede secundária não oferece o suporte necessário à família, constituindo, nesse contexto, um Estado omissivo de sua responsabilidade de proteção tanto às famílias quanto à população idosa.

6 O Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento.

7 Utilizou-se como critério de entrega a utilidade que a cartilha teria para o paciente. Por exemplo: se o paciente já fazia uso de algumas das informações que ali constavam, digamos que já era um paciente institucionalizado em uma clínica e voltaria para lá após a alta, não havia necessidade da entrega da cartilha.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi contemplado neste artigo, pode-se observar as dificuldades relacionadas à saúde da pessoa idosa com alto grau de dependência, na medida em que a família não consegue mais arcar com o cuidado desses entes, necessitando do suporte do Estado, e este, por sua vez, não cumpre seu papel na garantia da saúde como direito universal e integral. Por fim, é possível ver o quanto a realidade da conjuntura brasileira repercute na vida das pessoas idosas a partir das condições das políticas públicas que atendem essa população. Questiona-se o que falta para que as pessoas idosas tenham seus direitos garantidos na fase da vida em que mais necessitam de atenção e condições dignas.

Entende-se, ainda, que seria de eficaz melhoria que as políticas públicas, na sua construção, acompanhassem a evolução histórica das transformações familiares, a fim de compreender suas demandas e, assim, propor ações que supram as necessidades das famílias contemporâneas.

Agradecimentos

Obrigada a todos os pacientes e familiares que compartilharam suas vivências para que este estudo pudesse ser realizado, bem como gratidão àqueles que foram inspiração para a construção deste artigo.

■ REFERÊNCIAS

1. BOFF, Leonardo. **A Grande Transformação: na economia, na política e na ecologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
2. BRASIL. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretária de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2012. v. 1.
3. BRASIL. **Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
4. BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004. Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.
5. BRASIL. **Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003.
6. CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão e. Como vive o idoso brasileiro?. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.) **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf.

7. CAMPOS, Marta Silva; MIOTO, Regina Célia T. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. **Ser Social**, n. 12, p. 165-190, 2003.
8. FALEIROS, Vicente de P. **Estratégias em serviço social**. 10.ed. São Paulo: Cortez, 2011.
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2011. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf.
10. KERN, F. **As Mediações em redes como estratégia metodológicas do Serviço Social**. 2.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.
11. MOREIRA, Morvan de Mello. Envelhecimento da população brasileira: Aspectos gerais. In: WONG, Laura Rodrigues (Org.). **O Envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade - subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar; ABEP, 2001.p. 25-56. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/envelhecimento/Env_p25a56.pdf.
12. NASRI, Fabio. Demografia e epidemiologia do envelhecimento: O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, supl. 1, p. s4-s6, 2008. Disponível em: http://www.prattein.com.br/home/images/stories/Envelhecimento/envelhecimento_popu.pdf.
13. NERI, Anita L.; SOMMERHALDER, Cinara. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri, AnitaL. et al. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. 2.ed. São Paulo: Alínea, 2006.
14. PORTO ALEGRE. **Como acessar**. Prefeitura de Porto Alegre. Porto Alegre, 2015. Disponível em: goo.gl/TyCdbG.
15. PAVIN, Raquel da Silva; CARLOS, Sérgio Antônio. A qualidade de vida de cuidadores informais de idosos hospitalizados. **RBCEH**, v. 10, n.3, p. 242-255, 2013.
16. SALGADO, Carmen Delia S. Mulher Idosa: a feminização da velhice. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 4, p. 7-19, 2002. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4716>..
17. SANTOS, Alessandra Antonio Maria dos. **Envelhecemos, e agora? O desafio do cuidado e da articulação de redes de apoio das pessoas idosas para o pós-alta hospitalar**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – ULBRA, Canoas, 2016.
18. SANTOS, Nayane F.; SILVA, Maria do R. As Políticas Públicas voltadas ao idoso: Melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. **Revista FSA**, v.10, n. 2, p. 358-371, 2013.
19. SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, Biblioteca básica de Serviço Social, 2009. v. 3.
20. SPEROTTO, Neila. **Instrumentalidade do Serviço Social**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2009.

21. VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p.548-554, 2009.
22. VERAS. Envelhecimento Populacional: Desafios e Inovações Necessárias para o Setor Saúde. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 7, n.1, 2008.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.
24. ZOLA, Marlene Bueno. Políticas Sociais, família e proteção social: um estudo acerca das políticas familiares em diferentes cidades / países. In: MIOTO, Regina Célia T.; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria (Orgs.). **Familismo Direitos e Cidadania contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.