



## **POLÍTICA SOCIAL NO ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA COM COMPROMETIMENTO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA NA REGIÃO PIRITUBA/PERUS - ZONA NORTE - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**Edlaine Faustino da Silva<sup>1</sup>**

**RESUMO:** Este trabalho é objeto de um projeto de pesquisa para o Mestrado, que tem como objetivo identificar a realidade dos serviços oferecidos para a pessoa idosa na região Pirituba/Perus - Zona Norte do Município de São Paulo - bem como a situação do envelhecimento nessa região. O estudo enfocará a Política de Saúde.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Políticas Sociais; Política de Saúde; Família.

**ABSTRACT:** This work is the subject of a research project for the Masters, which aims to identify the reality of the services offered to the elderly in the region Pirituba/Perus - North Zone of São Paulo - and the situation of aging in this region. The study will focus on Health Policy.

**Keywords:** Aging; Social Policy; Health Policy; Family.

---

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). E-mail: edlaine\_fs@yahoo.com.br



## I) INTRODUÇÃO

Esse projeto de pesquisa é fruto de minha atuação como Assistente Social em uma Unidade Básica de Saúde na região Pirituba/Perus da Zona Norte do Município de São Paulo. O intuito da realização da pesquisa emerge então de uma vivência profissional na área da Saúde e pelos atendimentos diários a pessoa idosa.

O Município de São Paulo é uma Metrópole, a cidade mais rica do Brasil, tendo atualmente 11.379.114 habitantes, sendo que 12,53 % dessa população é composta por pessoas idosas, ou seja, com idade acima de 60 anos (SEADE.2012).

Segundo dados da PCV – Pesquisa de Condições de Vida de 2006, o número de idosos com 65 anos ou mais chega a 8,1 % da população do Estado de São Paulo, em contrapartida o crescimento da população paulista tem desacelerado desde a década de 70, em razão da redução da taxa de fecundidade e natalidade (SEADE.2010).

Como na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o envelhecimento da população brasileira tem sido acompanhado pelo envelhecimento da própria população idosa e por transformações acentuadas nos arranjos familiares. Desde os anos 1970, essa sociedade tem assistido a uma queda acelerada na fecundidade e na mortalidade de várias idades, a mudanças no padrão de nupcialidade, expressa pelo adiamento na idade de casar, pelo aumento no número de separações, de recasamentos e o incremento na proporção de pessoas que nunca se casam. Isto ocorre concomitantemente ao aumento generalizado da escolaridade feminina, à inserção maciça as mulheres no mercado de trabalho e a modificações no sistema de valores. Essas modificações podem enfraquecer os laços de solidariedade intergeracionais e já estão resultando em transformações nas formas de apoio à população idosa. (Camarano et al., 2009, p. 169).

O envelhecimento faz parte do ciclo natural da vida, sendo importante considerar que pobres e ricos envelhecem de forma diversa, assim como um trabalhador de uma metrópole e um trabalhador do meio rural, bem como há diferenças entre o envelhecimento de uma pessoa do sexo masculino e uma pessoa do sexo feminino.

Aprofundar o estudo sobre este tema - especificamente no âmbito da política de saúde na proteção ao Idoso com comprometimento das Atividades da Vida Diária –



AVD's<sup>2</sup>, e a realidade da articulação intersetorial das políticas sociais - é o meu intuito com a realização da pesquisa proposta no referido projeto de pesquisa.

## II) BREVE RELATO DAS POLÍTICAS SOCIAIS DE ATENDIMENTO AS PESSOAS IDOSAS NA LEGISLAÇÃO SOCIAL BRASILEIRA

A Política Social é um tema complexo, pois trata de um espaço de conflito de interesses contrários, em torno do acesso ao fundo público.

...A política social é concebida como uma arena de confronto de interesses contraditórios em torno do acesso à riqueza social, na forma da parcela do excedente econômico apropriada pelo Estado. A política social está em permanente contradição com a política econômica, uma vez que aquela confere primazia às necessidades sociais, enquanto esta tem como objeto fomentar a acumulação e a rentabilidade dos negócios na esfera do mercado. Combinam-se, então, as duas funções básicas do Estado capitalista: criar condições que favoreçam o processo de acumulação e articular mecanismos de legitimação da ordem social e econômica. (Silva, 2004, p. 32-33).

O Estatuto do Idoso em seu artigo 1º, estabelece que pessoa idosa é aquela com 60 anos ou mais, mas também é necessário considerar que cada indivíduo independentemente do seu ciclo de vida traz consigo sua história, personalidade, experiências, características e marcas.

A Constituição de 88 no artigo 230 estabelece que:

A família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1.º Os programas de amparo ao idoso serão executados preferencialmente em seus lares.

As políticas sociais trazem a concepção da solidariedade intergeracional, apoiando na família, a responsabilidade de trocas de cuidados entre as gerações. *“A solidariedade familiar intergeracional parece estar sendo exigida, cada vez mais, como*

---

<sup>2</sup> Atividades de Vida Diária que se subdivide em “(a) Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) – que envolvem as relacionadas ao autocuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre suas eliminações; b) Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) – que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar o telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos” (Duarte, 2007, p. 2).



recurso potencial para o enfrentamento das demandas sociais e econômicas que desafiam a família para encontrar saídas.” (Acosta, 2010, p. 98).

O artigo 229, da Constituição de 88 estabelece que: “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.

Sposati aborda a responsabilidade primeiramente atribuída à família, à sociedade e por último ao Estado:

A dupla presença do **princípio da subsidiariedade** (que atribui primeiro à família, depois a sociedade e por último ao Estado, a responsabilidade) como o **princípio republicano**. A CF 88, e conforme a matéria utiliza, ora de uma, ora de outra concepção. Esta dualidade dificulta o entendimento da seguridade como dever de Estado. Faz-se referência aqui, por exemplo, ao conteúdo do artigo 230 relativo ao amparo às pessoas idosas. A igual distribuição de responsabilidade entre família, sociedade e Estado termina por reduzir o dever de Estado com a população idosa sob fragilidade (Sposati, 2009, p. 30 – grifos meus, o negrito é da autora).

Essa relação de solidariedade intergeracional reflete principalmente na vida das mulheres, pois são elas que cuidam dos filhos e dos pais quando idosos.

De acordo com Saraceno (2004), citando (Castiglioni, 2002; Buratta e Crialesi, 2002): “...A maioria das pessoas idosas não autônomas é apoiada quer por um cônjuge, mesmo idoso e por vezes também vulnerável, ou por um parente, frequentemente mulher”.

A partir da Constituição de 1988 a Política de Saúde passa a ser um direito universal e dever do Estado, mas muito do que foi garantido pela Constituição no que se refere ao direito universal e dever do Estado, vem sendo desmontado pelas parcerias com o setor privado e pelas exigências que as Organizações Sociais fazem para que os profissionais cumpram metas, não priorizando a qualidade e sim a quantidade dos serviços.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e **cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir custos** (Mota et al., 2009, p. 100 – grifos meus).



No Sistema Único da Saúde – SUS, não há uma citação específica no que se refere à proteção social à Pessoa Idosa, conforme disposto no artigo 2º *“a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício”*. O artigo 8º informa que *“as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”*. O artigo 19º estabelece o atendimento domiciliar e a internação domiciliar, conforme abaixo:

§1º - Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos, e de assistência social, entre outros que necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º - O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º - O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica e com expressa autorização do paciente e de sua família.

No âmbito da Assistência Social a Constituição também trouxe mudanças, pois ela deixa de ser a realização de altruísmo, caridade e favor e passa a ser política pública devendo ser prestada a quem dela necessitar, tornando-se uma política de seguridade social assim como saúde e a previdência social.

A LOAS no artigo 2º estabelece a proteção ao idoso no seguinte contexto: item I – *“(a) proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”...*, *“(e) a garantia de um salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família”*.

No artigo 20º a LOAS estabelece que tem direito ao benefício o idoso com mais de 65 anos, os critérios para avaliação da composição familiar, sendo que é considerada pessoa incapaz para prover a manutenção da vida a família cuja renda mensal per capita é inferior a ¼ de salário mínimo<sup>3</sup>.

O Estatuto do Idoso no artigo 3º dá continuidade ao que está estabelecido na Constituição de 88 e diz que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do

---

<sup>3</sup> Segundo o Estatuto do Idoso, artigo 34º, parágrafo único *“o benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do caput não será computado para os fins do cálculo da renda familiar per capita a que se refere a LOAS”*.



Poder Público assegurar ao idoso com absoluta prioridade os direitos referentes 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.

No artigo 15º do Estatuto está assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário. É também assegurado o direito ao atendimento domiciliar, incluindo a internação, para o idoso que necessitar que esteja impossibilitado de se locomover e para idosos abrigados. O artigo 16º prevê o direito a acompanhante ao idoso internado.

As considerações acerca das políticas sociais no atendimento a pessoa idosa, servem de síntese para contrastar com a realidade do atendimento dos serviços de saúde aos idosos acamados e para a realidade da falta de articulação entre as políticas sociais.

### **III) A REALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA COM COMPROMETIMENTO DAS AVD'S**

O atendimento às famílias no domicílio é realizado pelas Unidades Básicas de Saúde - UBS's onde existe o Programa Saúde da Família – PSF, o intuito do programa é o atendimento por equipes que incluem Enfermeiro, Médico Generalista, Auxiliar de Enfermagem, Assistente Social e Agentes Comunitários para o acompanhamento dos usuários no território que abrange a UBS, sendo que os cuidados na residência dos pacientes acamados são realizados pelos familiares. O PSF trouxe melhorias para a saúde quanto à possibilidade de um monitoramento e acompanhamento das famílias, no sentido de um trabalho preventivo, e também para que os usuários tenham consulta médica em seus domicílios. Mas, em contrapartida existe a transferência da responsabilidade do cuidado para a família, onde alguns serviços liberam pacientes em estágio terminal, doentes mentais, pessoas com deficiência, pacientes crônicos e idosos, para suas residências sem saber se aquela família tem condições ou preparo (físico<sup>4</sup> ou mental) para realizar os cuidados necessários.

---

<sup>4</sup> Aspecto físico é considerado aqui pelas situações de idosos que cuidam de idosos, ou de pessoas com deficiência que cuidam de idosos, entre outras limitações e impossibilidades.



O PSF ainda não foi implantado em todas as unidades de saúde do Brasil, com isso muitos idosos e pacientes “acamados” que necessitam de atendimento médico domiciliar não estão sendo atendidos, porque as UBS’s tradicionais que não possuem as equipes de PSF não conseguem realizar o atendimento no domicílio, porque essas equipes mal dão conta de atender a demanda espontânea – o usuário que vai à unidade para receber o atendimento – porque tem poucos funcionários. Até mesmo nas unidades onde há o PSF, gerido pelas Organizações Sociais – OS’s é questionável se essas equipes conseguem realizar um atendimento de qualidade para todas as famílias, pois estas equipes trabalham “no limite” do tempo, tendo que otimizar o tempo e cumprir metas.

É aviltante a situação do idoso impossibilitado de se locomover ou acamado, que vive em uma residência com muitas escadas, terreno íngreme e que para receber atendimento médico em uma UBS tradicional necessita ser retirado de Ambulância com o recurso de uma prancha, sofrendo todo um desgaste físico, psicológico e emocional, não tendo o seu direito ao atendimento domiciliar preservado.

Em suma, há uma infinidade de direitos estabelecidos em leis para que o idoso possa ter um envelhecimento sadio e harmonioso, mas a questão é se estes direitos estão sendo efetivamente realizados na prática, pois o que se observa no dia a dia dos atendimentos dos serviços de saúde é o que está relatado a seguir<sup>5</sup>:

- A família é responsabilizada pelas políticas públicas para que haja a “solidariedade intergeracional” sendo sobrecarregada pelas leis que desresponsabilizam o Estado e responsabilizam a família para a realização dos cuidados;
- Os idosos são alijados da sociedade, sociedade onde o que prevalece é a forma física e o status financeiro;
- As políticas de proteção a pessoa idosa não dão respostas efetivas, pois tem situações que requerem atenção especializada, que quando existem são polarizadas e acessadas por uma minoria de idosos, cito como exemplo o CRI – Centro de Referência do Idoso (sendo que na Zona Norte existe apenas um);
- Os serviços de saúde do Município executam minimamente o atendimento domiciliar, a situação se agrava nas áreas em que não há PSF ou UAD.

---

<sup>5</sup> Hipóteses do Projeto de Pesquisa.



#### IV) CONCLUSÃO

Nas dificuldades cotidianas encontradas pelos profissionais da saúde fica claro o quanto ainda são frágeis às políticas públicas para a realização de um atendimento de qualidade para o idoso impossibilitado de realizar as AVD's principalmente nas áreas em que ainda não foi implantado o Programa Saúde da Família – PSF, e mesmo nas áreas de abrangência do PSF os cuidados do dia a dia ficam ao cargo da família, sendo que esta, muitas vezes não tem condições de realizar tais cuidados, vale ressaltar que os profissionais do PSF, realizam as orientações sobre os cuidados para a família, mas devemos nos atentar para a falta de condições, como por exemplo: nas situações em que todos os membros da família trabalham e deste trabalho depende a subsistência da família, não havendo pessoas que possam realizar a referida “atenção” ao idoso; nas situações em que todos os membros da família são idosos; quando o idoso não mantém vínculos familiares; quando o idoso sofre alguma violência no âmbito familiar; quando o idoso tem seu patrimônio “lesado” por algum membro da família; entre outras situações.

A dificuldade de realização de atendimento domiciliar na área da saúde não é específica nas situações de atendimento aos idosos, bem como não é específica de determinada região do Município de São Paulo, mas no atendimento aos idosos se evidencia pela ausência ou pela parca rede articulada de serviços, que deixam os profissionais que realizam o atendimento com extrema dificuldade de encontrar alternativas para o atendimento da pessoa idosa acamada, quando não está recebendo os cuidados no âmbito familiar.

Com isso, mesmo ainda no início da pesquisa, observo o quanto o Estado transfere para a família a responsabilização dos cuidados de seus membros, não só no caso da pessoa idosa. Saliento que não sou a favor da segregação ou de acolhimento em instituições de longa permanência, considero que o melhor é viver em família e em sociedade - valorizo a liberdade - mas também considero que é necessário que existam políticas sociais que não sobrecarreguem tanto a família e que responsabilizem o Estado quando as famílias ou indivíduos necessitarem e que “a rede articulada de serviços”





efetivamente funcione, pois o que se observa no cotidiano dos atendimentos das unidades de saúde é a falta de alternativas para quando não é possível a realização dos cuidados no âmbito familiar, e a sobrecarga das famílias com relação aos cuidados, o que vai contra o que está estabelecido no SUS sobre o atendimento domiciliar.

## V) REFERÊNCIAS

ACOSTA, Ana R.; VITALE, M. Amália. Família: redes, laços e políticas públicas. 5. ed. São Paulo: IEE-PUCSP - Cortez, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 5 de out. de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 09 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei federal n. 8.080, de 19 de set. de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 09 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei federal n. 8.742, de 7 de dez. de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm)>. Acesso em: 09 de abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei federal n. 12.435, de 6 de jul. de 2011. Sistema Único da Assistência Social. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao/assistenciasocial/leis/2011/L12435.pdf>>. Acesso em: 09 de abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei federal n. 8.842, de 4 de jan. de 1994. Política Nacional do Idoso. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)>. Acesso em: 09 de abr. 2013.



\_\_\_\_\_. Lei federal n. 10.741, de 1 de out. de 2003. Estatuto do Idoso. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm)>. Acesso em: 09 de abr. de 2013.

\_\_\_\_\_. Lei federal n. 8.142, de 28 de dez. de 1990. Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 09 de abr. 2013.

CAMPOS, Marta S.; TEIXEIRA, Solange M. Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social. Florianópolis: Katálizes, jan./jun. 2010. v. 13.

DUARTE, Yeda A. O.; ANDRADE, Cláudia L.; LEBRÃO, Maria L. O Indéz de Katz na Avaliação da funcionalidade dos idosos. São Paulo: Revista Escola de Enfermagem da USP, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>>. Acesso em 28 nov. 2011.

SEADE. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>>. Acesso em: 28 de out. 2011.

\_\_\_\_\_. IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/#>>. Acesso em: 28 de out. 2011.

MOTA, Ana E. et al.; TEIXEIRA, Marlene (orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CAMARANO, Ana A. et al. Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; SESC SP. 2007.

SARACENO, Chiara. A igualdade difícil: mulheres no mercado de trabalho em Itália e a questão não resolvida da conciliação. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65292004000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65292004000100003&script=sci_arttext)>. Acesso em 09 abr. 2013.



SILVA, Ademir A. A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPOSATI, Aldaíza. Direitos socioassistenciais: compromissos com as proteções do SUAS. Brasília: VI Conferência Nacional de Assistência Social. [s.n], 2007.

\_\_\_\_\_, Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: Unesco/MDS. Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil, [s.l.: s.n.], 2009.