

Terapeutas da Vida

Agentes
Comunitários
de Saúde frente
a Idosos e
Vulneráveis

**Maria Cecília de Souza Minayo, Patrícia
Constantino, Raimunda Mangas e Telma
Freitas**

Introdução

Esta pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico realizado em dez localidades do país cujo título é: IDOSOS DEPENDENTES E SEUS CUIDADORES. Ela se inicia com uma longa revisão nacional e internacional sobre o assunto e tem um objetivo bem prático: (1) saber como estão os cuidados oferecidos aos idosos pela assistência primária à saúde por meio dos agentes comunitários; (2) saber se esses cuidados são suficientes para promover uma velhice saudável e atender os idosos que perderam sua autonomia e estão dependentes; (3) saber o que os Agentes Comunitários de Saúde conhecem sobre o assunto, tratam-no em suas atividades cotidianas e que dificuldades encontram frente às atividades que desempenham em relação ao objeto de estudo.

A Política Nacional do Idoso (PNI), estabelecida pela Lei Nº 8.842/1994 e posteriormente regulamentada pelo Decreto 1.948/96, cria o Conselho Nacional do Idoso que tem como objetivo assegurar os direitos sociais à pessoa idosa (60 anos e mais), estabelecer condições para promover sua autonomia e reafirmar seu direito nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1994). Ela prevê ações intersetoriais e específicas de várias políticas, tendo contribuído para a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 1999), regulamentada pelo SUS. O Estatuto do Idoso, aprovado pela Lei 10.741/2003, reafirmou os direitos fundamentais e inerentes à pessoa humana como sendo direitos dos idosos; o envelhecimento enquanto um direito personalíssimo e, sua proteção, um direito social. Ele estabelece que, quando houver violação de direitos, o Ministério Público deve ser acionado para proteção da pessoa idosa.

Tanto a PNSI como o Estatuto do Idoso são uma conquista da sociedade e demonstram o reconhecimento, por parte do Estado, de que a população idosa tem necessidades específicas e precisa de implementação das políticas também específicas para atendê-la. No entanto, a prática mostra que muitos dos preceitos já consagrados e estabelecidos não são cumpridos. Anos depois da promulgação do Estatuto que reúne todos os anseios de respeito a seus direitos por parte dos idosos, diante das aceleradas mudanças demográficas ocorridas no país, ainda são necessários vários ajustes, buscando-se a construção de uma sociedade para todas as idades e o estabelecimento de medidas que ajudem as famílias a cuidar dos que perderam a autonomia e se tornaram dependentes, conforme citado por Camarano em 2013. Como diz essa autora, é preciso criar normas suficientemente claras para definir a participação da família, da comunidade e do Estado no amparo aos mais dependentes e vulneráveis, pois nesse aspecto, o Estatuto é omissivo, especialmente, no que concerne aos cuidados de longa duração (Camarano, 2010).

No âmbito da Saúde, a PNSI foi implantada pela Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde e atualizada pela portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006, renomeada como “Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)” que estabeleceu dois grandes eixos de

atuação: a promoção do envelhecimento ativo e o enfrentamento de fragilidades (BRASIL, 2006). Essa política tem por finalidade assegurar aos idosos sua permanência no seu meio cultural, desempenhando suas atividades de modo independente. Para isso, estabelece diretrizes que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa tendo a Atenção Básica (AB) como porta de entrada para serviços do SUS.

Quanto à legislação referente à Assistência Social, em 1993 foi regulamentada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei 8.742, que possibilitou o reconhecimento de contextos multivariados de riscos à saúde do cidadão idoso. Em seu art. 20, a LOAS fala da garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com setenta anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993). Em 2004, foi regulamentada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) com a proposta de criação do Sistema Único, a partir do qual ficaram definidas responsabilidades do Estado no atendimento à família, ao idoso, a pessoas com deficiência e a todos os cidadãos vivendo em situação de vulnerabilidade ou risco social (BRASIL, 2004).

Do ponto de vista legal, pode-se dizer que o envelhecimento no Brasil está protegido, porém a implementação das políticas ainda não foi feita de forma integral. Assim, para melhorar a assistência à saúde do idoso torna-se imperativo que governantes e sociedade encontrem formas de materializar as leis que garantem proteção e a efetivação dos direitos da pessoa idosa, bem como a necessidade de discutir e divulgar os documentos legais que regulamentam as políticas públicas direcionadas à promoção de seu bem-estar e garantia de respeito e dignidade pela sociedade.

No caso da saúde, considerando a dinamicidade existente nas famílias e serviços, a Atenção Básica tem um papel importante na promoção do envelhecimento saudável, por meio do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas e sob a forma de trabalho em equipe.

Nesse contexto, esta pesquisa teve como objetivo analisar até que ponto os Agentes Comunitários de Saúde, o elo do SUS e da Atenção Básica mais próximo à vida cotidiana dos cidadãos, alcança a situação dos idosos que vivem nas famílias e são dependentes e daqueles que moram sozinhos em condições precárias.

A filosofia aqui adotada é a mesma da PNSI que divide os idosos entre os que são independentes (ainda que sofram condições crônicas administráveis por medicamentos) e aqueles que precisam da ajuda de terceiros para sobreviver. O foco principal é no segundo grupo, por meio de uma pergunta: em que medida os ACS conhecem, compreendem e colaboram para melhorar a situação dos idosos dependentes e que limites encontram para isso?

Contexto e Método de Trabalho

O método adotado é o dialógico que tem raízes no pensamento de importantes filósofos, mas sobretudo na forma de atuar e entender a realidade por Vigotski (2001), Habermas (1987) e Paulo Freire (2019) que concebem a reflexão por meio de perguntas que são reflexivas, questionadoras e vinculadas à prática da vida cotidiana. O termo aqui utilizado é “rodas de conversa”. O local de pesquisa foram as 10 áreas de Coordenações Programáticas (CAP) que organizam a atenção básica nos 162 Bairros do Município do Rio de Janeiro. A título de informação, apresentam-se as CAPs com os bairros pertinentes (quadro 1).

QUADRO 1 - Classificação dos bairros da cidade do Rio de Janeiro segundo as 10 áreas programáticas

ÁREAS:	BAIROS:
A.P.1.0	Saúde, Gamboa, Santo Cristo, Caju, Centro, Catumbi, Rio Comprido, Cidade Nova, Estácio, São Cristóvão, Mangueira, Benfica, Paquetá, Santa Teresa
A.P. 2.1	Flamengo, Glória, Laranjeiras, Catete, Cosme Velho, Botafogo, Humaitá, Urca, Leme, Copacabana, Ipanema, Leblon, Lagoa, Jardim Botânico, Gávea, Vidigal, São Conrado, Rocinha
A.P. 2.2	Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí, Grajaú
A.P. 3.2	Higienópolis, Jacaré, Maria da Graça, Del Castilho, Inhaúma, Engenho da Rainha, Tomás Coelho, São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Méier, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pilares, Jacarezinho,
A.P. 3.3	Vila Kosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá, Colégio, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcante, Engenheiro Leal, Cascadura, Madureira, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Oswaldo Cruz, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Parque Columbia, Acari, Barros Filho, Costa Barros, Pavuna
A.P. 4.0	Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Cidade de Deus, Curicica, Freguesia-Jpa, Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire, Joá, Itanhangá, Barra da Tijuca, Camorim, Vargem Pequena, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes, Grumari
A.P. 5.0	Deodoro, Vila Militar, Campos dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Padre Miguel, Bangu, Senador Camará

A.P. 5.2 Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Pa-
ciência, Santa Cruz

A.P. 5.3 Sepetiba, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba

FONTE: PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2022.

Foram utilizadas duas técnicas de abordagem qualitativa: as rodas de conversa e um instrumento com questões objetivas e subjetivas sobre a experiência pessoal em cuidados ofertados aos idosos no território, com ênfase no apoio aos dependentes.

As rodas de conversa constituem uma técnica reflexiva e crítica. Elas permitem ouvir a voz da experiência, a troca de ideias, a manifestação de divergências e de convergências sobre determinado tema. Por isso, tecnicamente, a roda não deve conter um número grande de pessoas e precisa ser coordenada visando permitir a expressão das vivências de todos frente a algumas questões-chave colocadas por quem coordena (conversa com finalidade) (Minayo et al, 2020). As rodas de conversa se distinguem dos grupos focais por não se limitarem a um assunto-foco. Elas permitem uma abertura maior e não visam chegar a uma conclusão, sua meta é o compartilhamento e o questionamento de ideias baseadas na experiência.

Nesta pesquisa, foram realizadas 10 rodas de conversa com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada uma nas 10 Coordenações das Áreas de Planejamento (CAP) que, por sua vez, abrigam várias Clínicas de Atenção Primária e outros equipamentos. A maioria desses encontros aconteceu na clínica de referência. Nesta pesquisa, o número médio de participantes foi de 8 ACS por sessão, predominando a presença de mulheres. Em algumas rodas, houve mais que um representante por Clínica. Participaram das rodas 100 ACS, representando a diversidade dos territórios, dos bairros e dos locais onde as atividades de saúde são desenvolvidas. No jargão dos ACS, o “asfalto”, a “favela” e o “morro”. Portanto, as experiências sobre as quais se trabalharam abrangem diferenciações quanto às condições sociais, geográficas e necessidades de cuidados.

O território do Rio de Janeiro é esquadrihado pela Atenção Primária e assim organizado do ponto de vista da Saúde, num total de 1.261 Clínicas de Família, que possuem um total de 7.457 Agentes Comunitários de Saúde, sendo em média seis agentes por cada Unidade (quadro 2).

QUADRO 1 - Classificação dos bairros da cidade do Rio de Janeiro segundo as 10 áreas programáticas

ÁREA PROGRAMÁTICA	ESF:	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS
AP-1.0	92	527
AP- 2.1	65	329
AP-2.2	53	319

ÁREA PROGRAMÁTICA	ESF:	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS
AP-3.1	218	1327
AP-3.2	110	644
AP-3.3	180	1084
AP-4.0	123	724
AP-5.1	150	896
AP-5.2	160	949
AP-5.3	110	658
MRJ	1.261	7.457

FONTE: PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2022.

Além das rodas de conversa, um instrumento fechado contendo questões objetivas e subjetivas como: o número de idosos dependentes no território, sua situação e possíveis propostas de atuação, foi distribuído aos ACS, com o pedido para que o devolvessem por um e-mail oferecido pelos pesquisadores. O retorno desse segundo instrumento ficou aquém do esperado e a qualidade das respostas também não atendeu às expectativas, principalmente porque os pesquisadores o apresentaram como um instrumento para preenchimento voluntário. Apenas 35 ACS (35%) participaram dessa segunda atividade. Vale pontuar que houve questionários/roteiros respondidos por parte de ACS de todas as 10 CAPs, porém, em algumas, apenas uma ou duas pessoas os entregaram preenchidos. A CAP 4.0 foi a mais participativa com nove instrumentos devolvidos, seguida da 5.2 com seis respostas e 3.3 e 5.3 cada uma delas com cinco. Considera-se que a não devolutiva, dentre outros motivos, além de ter sido voluntária, se deveu também ao excesso de trabalho que cada ACS acumula no atendimento cotidiano, além das obrigações que acumulam nas Clínicas.

Foi eleito como critério de inclusão para a participação dos ACS nas rodas de conversa, os que tinham três anos ou mais de trabalho; serem representativos pelos perfis de pessoas que eles atendem no trabalho de campo vinculado às Clínicas que compõem a CAP; e representarem diversidade por sexo. Alguns participantes das rodas tinham curso superior completo, por exemplo, com formação em direito, nutrição e pedagogia. Uma ACS havia feito especialização em cuidados com a pessoa idosa na Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI) da UERJ. Todos os participantes das rodas de conversa tinham bastante experiência no trabalho, alguns estavam nessa atividade por mais de 18 anos. A idade dos componentes dos grupos variou de 20 anos a 68 anos, predominando a faixa de 35 a 50 anos.

Este projeto se concentrou em cinco questões que foram desdobradas e têm foco no papel e na visão dos ACS (e com menos intensidade sobre o papel da Assistência Social) em relação ao envelhecimento e à dependência, nas áreas em que sua atuação é muito importante por causa da vulnerabilidade dessa população: (1) Há idosos abandonados, desnutridos ou dependentes nos locais onde você atua como ACS? (2) O que o ACS (junto com o serviço social ou sozinho) faz em relação às situações de fragilidade física, mental e social que encontra: as pessoas idosas que estão dentro de casa e sob os

cuidados (adequados ou não) da família; (3) qual a situação dos que vivem sozinhos? (4) Existe uma rede de solidariedade e de apoio social aos idosos mais vulneráveis na sua área de atuação (por exemplo, de vizinhos, das igrejas, de ONG, em relação aos que perderam sua autonomia, têm algum nível de dependência ou estão acamados? (4) Existe alguma iniciativa em relação aos idosos saudáveis para que prolonguem sua vida com autonomia (exercícios físicos, passeios, cuidados para adequar as casas e as ruas)?

A cada um dos 10 grupos, primeiramente foi explicada a proposta reflexiva baseada na experiência e na troca entre as pessoas. Foi-lhes apresentado, em seguida, o resumo da pesquisa sobre idosos dependentes já realizada em oito capitais do país, sob a coordenação da mesma pesquisadora. Também lhes foi distribuído um Sumário Executivo com os dados desse estudo denominado “Idosos Dependentes e seus Cuidadores” (Minayo et al, 2019). O ambiente de acolhimento e a valorização da experiência do grupo contribuiu para se criar uma situação amigável e promissora de discussão em todas as CAPs. As rodas de conversa duraram aproximadamente uma hora e os ACS se mostraram bastante participativos e expressaram sua satisfação por fazerem parte da pesquisa.

Numa visão geral do trabalho, pode-se dizer que se trabalhou com uma grande diversidade de visões em relação à cobertura da atenção ao idoso e ao perfil do público atendido, dentro da mesma roda. Isso em parte se explica por haver na mesma CAP e no mesmo grupo, profissionais que atuam em clínicas diferentes e em áreas com perfil geográfico e social variado: “asfalto”, “favela” e “morro”. Essas expressões largamente utilizadas se referem aos bairros tradicionais, às regiões consideradas favelas e às partes mais pobres, de difícil acesso desses aglomerados urbanos. Nessas realidades próximas, mas separadas, que contemplam realidades diferentes, os entrevistados assinalaram áreas de convívio pacífico, áreas conflagradas pela presença do tráfico de drogas ou milícias; territórios com mais serviços disponíveis e outros até mesmo sem saneamento básico. Embora bastante sutis, encontraram-se visões diferenciadas entre homens e mulheres a respeito do cuidado dispensado aos idosos. As mulheres relatam mais atividades que vão além do cuidado técnico, demonstrando um envolvimento pessoal e emocional com a demanda das pessoas.

Resultados

Há uma infinidade de formas pelas quais as falas e interações dos ACS podem ser interpretadas. Levando-se em conta o sentido teórico-prático e a finalidade estratégica da pesquisa, foram selecionados seis tópicos que tocam temas considerados de relevância pelos próprios entrevistados: (1) a questão sociogeográfica e sua influência sobre a vivência do envelhecimento; (2) as características dos idosos atendidos; (3) a desestabilização dos elos do sistema organizacional do SUS na pandemia de COVID-19; (4) a prática profissional dos ACS e seus limites; (5) a existência ou não de prioridade na atenção ao idoso na APS; (6) as fragilidades da Rede de Atenção em relação a esse grupo populacional, o que parte dos ACS para os outros níveis de cuidado no SUS.

1. A sociogeografia do trabalho dos ACS e do atendimento aos idosos

Os depoimentos destacam a abrangência e a dificuldade do trabalho por problemas de acessibilidade, particularmente quando as condições geográficas são adversas tanto para os ACS, mas sobretudo, para os idosos. Aos problemas de locomoção, os agentes acrescentam que, em vários locais, eles e os idosos enfrentam grupos armados que se refugiam e atuam nas áreas mais pobres e de difícil acesso na cidade, embora, como disse uma ACS “eles até respeitam as pessoas que trabalham”. Assim, muitas pessoas com mais idade têm medo de sair de casa. Importante a observação de um ACS sobre a situação das pessoas mais velhas: “infelizmente no lugar do alto e no baixo você vê o abandono”, frase que será reiterada e qualificada em todas as rodas.

Na minha área, a questão é a acessibilidade. Porque nós estamos numa área que é de conflito, bem quase na entrada da clínica tem uma bombinha da [presença de] pessoas armadas. Eles até respeitam as pessoas que trabalham, que passam, mas as pessoas de mais idade têm esse receio, esse medo de sair de casa. (CAP 3.2).

No caso do Vidigal, os idosos têm a dificuldade por morar onde tem muitas escadas. Então é bem difícil e diferente [de quem vive] no asfalto. É uma luta, porque eles não conseguem descer pela idade avançada. Então, a gente é que tem que ir até eles, ajudando, vendo a receita, levando remédios. Essas coisas a gente faz, mas a dificuldade é grande (CAP 2.1).

No meu caso, a minha equipe é dividida por seis, cada um fica com uma parte. Tem pessoas que pegam o asfalto, tem pessoas que pegam o asfalto e a comunidade. Na equipe dela a mesma coisa, isso confunde às vezes, porque você consegue perceber a diferença óbvia de tratamento para com o idoso em cuidado e carinho. Infelizmente no lugar do alto e no baixo você vê o abandono. (CAP 2.2).

2. O perfil dos idosos atendidos

Em linhas gerais, todas as CAP abrangem a população idosa e os agentes foram unânimes em considerar que a maioria é independente e ativa. Embora também tenham sido unânimes em dizer que seu público maior hoje são as pessoas acima de 60 anos, em especial, as mais velhas. Relataram encontrar muita gente com limitações que as retêm restritas ao lar. Há algumas acamadas ou totalmente dependentes. Esse último grupo, por ser o que requer mais atenção geralmente precisa de cuidadores e muitas vezes não os têm. As especificidades da atenção a esse segmento foram bastante mencionadas, e todos os ACS, homens e mulheres, concordam que esse público requer atenção e manejo especial: os dependentes precisam de mais atenção, mais tempo e disposição dos ACS para ouvi-los e maior envolvimento para encaminhar suas demandas. Alguns pontos importantes foram relevantes em mais de uma roda quando se tratou do perfil dos idosos atendidos: (1) o primeiro é seu grau de escolaridade: muitos são analfabetos o que dificulta a intervenção e a compreensão das prescrições médicas; (2) outra especificidade se refere às limitações físicas e mentais dos que têm problemas de memória e de

locomoção, mesmo que não estejam acamados; (3) e há os que têm sérios comprometimentos visuais e de audição. Esse conjunto de idosos com algum ou vários tipos de limitação costuma ficar impedidos de participar das atividades porventura desenvolvidas nas Clínicas. Numa roda realizada em Campo Grande, os ACS disseram atender a uma instituição de acolhimento. Os agentes que mais mencionaram dificuldades de lidar com os idosos dependentes foram os que trabalham nas Clínicas do Centro da Cidade, da Tijuca, de Copacabana e de Olaria, onde disseram encontrar uma população muito grande desse segmento social, alguns com mais de 100 anos.

Eu tenho experiência em diversos ambientes. Tem idosos que envelhecem muito bem que chegam lá pelos seus noventa anos superativos, fazem tudo, são independentes. Tem outros que envelhecem muito mal por conta de história de vida deles. E isso depende do local onde vivem, depende da experiência de vida em família, das doenças que a pessoa sofreu durante a vida. Alguns vão passando de muito ativos a dependentes por conta da doença que têm. Aí há aquela queda muito grande. A diabetes é uma doença que muitas vezes provoca uma mudança repentina na vida do idoso. Ou seja, a gente encontra alguns idosos com problemas. Mas muitos estão bem! (CAP 3.1)

Eu sou da equipe Cantagalo, e lá o que vejo são idosos independentes e dependentes. Esses dependentes, às vezes, são dependentes mesmo: alguns não têm ninguém; outros têm familiares, mas que não ligam para eles. Eu tenho uma idosa de 85 anos, ela tem dois netos e esses dois netos não param em casa. Então, ela vive no dia a dia sozinha. Então, quando a gente chega para visita a gente fica mais de uma hora porque ela quer conversar, ela quer desabafar, ela quer saber o que sente. Ela não tem a convivência com os netos e fica só dentro de sua casa. Com a pandemia piorou porque a gente não fez visita. Muitos, pouco a pouco foram ficando tristes. A gente encontra idosos com muita depressão. Quando a gente fica para conversar, não consegue sair da casa deles. E vão aparecendo queixas em cima de queixas (CAP 2.2).

Todos os idosos da minha área de atuação moram na favela e são atravessados pelas difíceis condições sociais do território. A violência do território agrava a saúde física, mental e social de todos. Por exemplo, o desemprego, pois a maioria das famílias teve membros que perderam seus empregos durante a pandemia, o que comprometeu a renda e trazendo dificuldades para a saúde dos que são dependentes. Se for classificar o problema mais agravante da área hoje é o social, pois a fome, provocada pelo desemprego é o problema de saúde pública número um da minha área (CAP 3.3).

3. Desestabilização dos elos do sistema de saúde por causa da pandemia

ACS de três grupos foram bem críticos na avaliação que fizeram sobre a atenção atualmente prestada às pessoas idosas. Segundo esse conjunto de profissionais, a pandemia trouxe novos contornos para a atenção ao idoso “estão descobertos nas visitas

domiciliares, mas estão mais presentes nas clínicas”. A sobrecarga de trabalho, muito incrementada pela prática da vacinação, retirou os agentes do território e os levou para o trabalho interno nas Unidades. Por outro lado, a vacinação fez as pessoas, inclusive os idosos, valorizarem mais o trabalho dos ACS e das Clínicas da Família. Dentre outros desafios que a pandemia trouxe está a perda dos cônjuges pelos mais velhos, o que lhes trouxe, em consequência, perdas financeiras e emocionais. Tornaram-se mais solitários, tristes e carentes emocional e economicamente. Houve também mudança no perfil do público atendido nas clínicas, exatamente pelo empobrecimento da população. Essa mudança foi mais relatada pelos agentes que atuam no Centro, na Tijuca e na Zona Sul. Mas todos os grupos concordam que o cuidado está muito aquém do necessário, porque os ACS não conseguem desenvolver as ações de prevenção como está estabelecido na sua missão profissional. Ressentem-se por não desempenhar como gostariam as atividades no território, através das visitas domiciliares e se queixam do excesso de demandas que têm que atender. Atribuem à pandemia parte do problema, mas consideram que ele vai além: na medida em que a Clínica da Família fica sobrecarregada de demandas que vão além de sua capacidade operacional, os serviços que seriam de sua vocação se desarranjam. É claro que, pelos depoimentos não dá para generalizar, mas em relação ao ponto-alvo deste estudo – os idosos dependentes – há uma avaliação generalizada que nem os ACS, nem os outros serviços oferecidos pelas Clínicas de Família conseguem dar conta da demanda.

Com essa situação de pandemia tudo se agravou muito, a gente ficou muito perdida em tudo isso. A questão da saúde da família, da prevenção que também foi falada aqui, isso se perdeu. Porque quando eu comecei lá atrás, há onze anos, realmente a gente trabalhava na prevenção. Hoje em dia a gente trabalha, apagando o fogo e enxugando gelo. Realmente, como nós somos o elo entre a comunidade e a unidade de saúde, pouco nós temos a fazer, nós temos que sinalizar, sinalizamos, comunicamos, solicitamos a visita [do médico] e aí vou te falar, nosso trabalho é importante sim, mas a gente emperra em algumas coisas. Um exemplo que aconteceu comigo há pouco tempo. Eu estava há três meses pedindo a visita do médico para uma idosa acamada. Ele [o médico] nunca tinha tempo, nunca estava, a unidade sempre cheia. Ok, eu entendo. Mas, o paciente não espera. Sabe o que falei para ele? Se o senhor não for lá ver essa senhora nesta semana o senhor não vai dar a consulta, vai dar o [atestado de] óbito, está bom? Rapidinho ele foi. Então, assim, nós temos uma dificuldade de dar uma real assistência para esses idosos. Já falei também na unidade: tem muito idoso morrendo, entrou a pandemia está morrendo mais ainda, e a maioria é hipertenso, diabético, porque suas doenças não estão sendo controladas. E na verdade, eu falo por mim e pelo que eu vejo na minha unidade, não está sendo feita assistência devida ao idoso. (CAP 2.2).

Está mudando o perfil de quem é atendido pela clínica, pois o poder aquisitivo baixou e o pessoal perdeu o plano de saúde. Eles acham que vão chegar lá sendo atendido de primeira. Essa semana eu estava na prancheta e chegou um senhor: em que posso ajudar? Ao invés dele dar o cartão e dar bom dia, ele pegou a carteira de

advogado e jogou em cima da prancheta. Quero fazer o teste de COVID. O seu nome? Está aí. O senhor pode pegar o seu cartão de volta. Eu não peguei, porque nem bom dia ele me deu, ele nem olhou para minha cara. Ele jogou o cartão, foi totalmente grosso comigo (CAP 2.2).

A questão não sei se nas outras unidades é assim, mas isso é frequente e é rotina. A gente não faz exatamente a saúde do idoso. Os idosos quando eles vão lá, eles vão por uma queixa, então são muito poucos os usuários que chegam querendo fazer um acompanhamento de saúde. É o caso dos homens que também não aderem para fazer o atendimento de saúde do homem, acham que saúde do homem é só fazer o exame de próstata. A gente não acompanha plano de saúde do idoso. Ou a gente acompanha de que maneira? É hipertenso, vai fazer o acompanhamento da hipertensão; é diabético vai fazer o acompanhamento da diabetes; tem outras questões, a gente vai manejar. O máximo que a gente consegue fazer de saúde do idoso é com essa porta de entrada: um idoso que a gente percebe que é um pouco mais ativo, a gente consegue encaminhar, por exemplo, para a Academia Carioca, para o grupo de manejo de estresse, para os grupos de artesanato. É aí que a gente consegue ir trabalhando na qualidade de vida desse idoso. Mas para ele chegar ao ponto de ser incluído numa atividade, ele foi na clínica por uma demanda (CAP 3.1).

A Atenção Primária não está fazendo as atribuições da atenção primária porque está assoberbada, completamente voltada para as questões que são de atendimento de outras unidades de atenção secundária e atenção terciária. É o que a gente tem vivido atualmente porque os outros níveis não estão conseguindo exercer suas atribuições. Assim se sobrecarrega a APS e a gente não faz o que a gente tem que fazer que é a promoção de saúde (CAP 2.2).

E não é falta do comprometimento profissional, porque você vê que os profissionais, de maneira geral, têm esse desejo, eles veem essa necessidade e têm vontade. E por mais que neste momento não estejam cobrando números para nós, a gente tem que fazer. Então, a gente acaba tendo contato muito rápido com o paciente apenas por uma vacinação ou por uma visita domiciliar (CAP 2.2).

O ciclo de atenção primária está sobrecarregado porque a secundária e a terciária não estão conseguindo exercer suas atribuições. E aí a gente faz uma inversão de valores do que seja exatamente a atenção primária. A gente não consegue mais fazer promoção de saúde, fazer grupos, por exemplo. Tudo bem que a gente está vivendo a questão de pandemia, nosso olhar está voltado para isso. Mas em momentos normais a gente não consegue mais. Tem clínica da família que virou UPA da família, se manejar a agenda do médico e fazer um estudo de demanda, você não vai ver um acompanhamento de saúde do idoso e nenhum acompanhamento da linha de cuidado da criança. E aí está todo mundo carente. Os profissionais estão carentes de exercer a promoção e prevenção de saúde, a gente sente falta. O público-alvo está

carente de receber esse tipo de atenção e procura uma clínica porque eles precisam ter alguma conversa, algum apoio (CAP. 5.2).

4. Sobre a prioridade para os idosos nos serviços da Atenção Primária

Merece destaque a análise dos ACS sobre a falta de prioridade no atendimento à pessoa idosa. Para dois grupos, o fato de não existir um protocolo específico para essa atenção, como por exemplo, um indicador ou uma meta estabelecida, o cuidado prioritário passa também a não existir. Essa discussão passou por manifestações de várias vivências dos agentes: (1) excesso de demanda e dificuldade de atender aos idosos em casa; (2) quando há atendimento, esse é pontual e não contempla as necessidades que são permanentes e cotidianas; (3) o fato de o idoso não ter uma linha de cuidado específica nos serviços de atenção primária o torna invisível ou um usuário a mais; (4) no caso do atendimento nas Clínicas, o fato de a maioria que ocupa os serviços serem idosos que manifestam carência afetiva, solidão e isolamento social e esses problemas não serem considerados de atribuição dos profissionais de saúde: “eles querem é conversar”. As críticas atingem também a forma da atuação ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família [NASF] quando se trata dos idosos.

A gente sabe que as coisas só vão funcionar se houver cobrança, se houver um indicador ali para cobrar. A gente entende que, muitas vezes, a dificuldade de alguns profissionais de irem até as casas para as visitas ou para prestar uma assistência esbarra nisso, não ter cobrança. Deixa, amanhã eu vou. E esse amanhã vai indo, vai levando... A gente está com dificuldade de vacinar também. Na minha Unidade há poucos funcionários e a gente está se preocupando em vacinar dentro da unidade. A gente esquece do público vulnerável que está em casa e não pode vir. Ou seja, não tem prioridade para o idoso. Eu acho que o que a gente faz é muito pouco, a gente até se esforça para fazer. Mas, por exemplo, na minha unidade também tem NASF, mas o auxílio que o NASF dá é ir à casa ensinar o movimento, não é fazer o tratamento e um NASF funciona para várias unidades. O NASF está na minha unidade uma vez por semana, às vezes no turno da manhã. Numa unidade, com mais de quinze mil assistidos o que o atendimento de uma manhã pode fazer? Então, eu acho que o modelo é muito bonito, mas a funcionalidade eu não vejo. O serviço deveria ser mais efetivo (CAP 3.3).

Eu já acho que, independentemente de haver um indicador ou não, se eu sei que há um idoso, eu marco ali, eu marco mesmo, não quero saber se vai contar, se não vai contar. Eu relato todo o histórico. Eu acho que o ele quis dizer é que a gente tem visita domiciliar para gestante mensal, criança menor mensal, hipertenso e diabético trimestral, acamado mensal, tuberculoso para ser acompanhado, para o idoso não tem norma. O idoso não está na nossa linha de cuidado. Porque tem idoso que está muito bem. E na verdade, na área da saúde, a prioridade é daquele que está pior (CAP 5.3).

Enquanto eu ouvia os colegas, não consegui entender o que seria essa prioridade quando a gente fala de saúde. Eu acho que qualquer idoso se torna frágil com o decorrer da vida. Alguns com comorbidades que a vida acaba trazendo, alguns mais complicados e outros com um pouco mais de conforto devido à situação familiar e financeira. Mas quando a gente fala de idoso, a palavra fragilidade já o acompanha em todos os aspectos. Na clínica da família, pelo menos, na que trabalho, nós não temos diferenciações. Qualquer cidadão que chega à clínica não veio porque quis, ele não veio a passeio, ele veio por uma necessidade e todos são acolhidos. A gente se esbarra também na fragilidade do idoso, a dor dói mais, a pessoa está mais frágil e aí como é que a gente conseguiria identificar e poder direcionar para termos um tratamento prioritário para eles? Porque todos estão com dor, estão com suas necessidades. De maneira geral, na que atuo por ser de asfalto, atende muitos idosos. Eu acho que é a maioria dos nossos pacientes. E além das comorbidades que o próprio sistema nos faz filtrar pelas linhas de cuidado, pela patologia em si e pelo risco, a gente tenta seguir o sistema para poder dar essa certa prioridade. Mas alguns idosos têm carências sentimentais e familiares pela falta da família, o que é a maioria. É triste ver! Eles nos usam assim até como uma terapia. Eu acho que o nosso papel como ACS acaba nos tornando terapeutas da vida com o papel de escutá-los. Muitas vezes o que eles querem é ser ouvidos. Saem de casa onde passam a maior parte do tempo sozinhos, porque o filho aparece uma vez por mês quando aparece, alguns com um pouquinho a mais de condição têm uma ajudante no lar, uma secretária, mas a maioria não possui. Então, ali ele tem que conviver com todas as sequelas da vida. A idade acaba trazendo e a solidão. A maioria deles vai à clínica diariamente pedindo o atendimento que já passou em menos de trinta dias, quinze dias e eles tentam formar um vínculo e ocupam a agenda dos profissionais. Então, a gente acaba fazendo um certo filtro, claro que com toda a delicadeza e respeito que o cidadão merece. Mas eles acabam nos vendo assim (CAP 2.2).

A lei não alcança o consultório! No consultório é o médico que vê o que é prioridade. A pessoa vai por classificação, vai até num tribunal, mas não vai no consultório. Aí quem define é o médico, isto está na lei. Mesmo que chegue lá e queira exigir ser atendido, a pessoa será se o médico quiser atender (CAP 4.0).

Nesses vários depoimentos, há falas que mostram as Clínicas de Atenção Primária como um local de confluência de problemas sociais, de problemas familiares e de demandas de saúde das pessoas idosas. A maioria delas encaminha os idosos ativos para as Academias da Saúde, mas não há muitas outras possibilidades. Além do que, a pandemia fez diminuir as atividades voltadas para o envelhecimento saudável. A questão dos “idosos dependentes” continua a ser um problema, para o qual os serviços dos ACS não têm solução. Aliás, o Programa não foi previsto para esse atendimento permanente e cotidiano, quando se pensa que vários idosos nessa situação, muitos sem família ou sem os cuidados dos parentes, não têm com quem contar.

5. Sobre a efetividade do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI)

Por que destacar o PADI? Porque, teoricamente é um serviço específico de assistência domiciliar aos idosos e aos portadores de doenças que precisam de cuidados contínuos. No entanto, na organização dos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro, sua prestação só ocorre sob várias condicionalidades.

A Prefeitura do Rio implantou, em agosto de 2010, o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI). Esse programa, teoricamente, oferece assistência em casa, prioritariamente, aos munícipes com 60 anos ou mais de idade, mas sem restrição de faixa etária. O serviço é prestado aos portadores de doenças que necessitam de cuidados contínuos que possam ser feitos na residência. O PADI prevê o cuidado de pessoas com doenças crônicas agudizadas, portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente, pacientes oriundos de internações prolongadas ou recorrentes com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, pacientes em cuidados paliativos e outros agravos passíveis de recuperação funcional. Os principais benefícios previstos na Assistência Domiciliar são a aceleração da recuperação, a redução do tempo médio de internação hospitalar, a liberação dos leitos hospitalares para outros pacientes, a independência funcional, a melhora na capacidade de se cuidar e de ser cuidado no ambiente domiciliar. O PADI do Rio de Janeiro conta com 18 equipes, sendo 13 Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e cinco Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Cada EMAD é composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnicos de enfermagem. E cada EMAP é formada por assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, odontólogo e terapeuta ocupacional. Essas equipes estão instaladas nos hospitais municipais Miguel Couto, Salgado Filho, Paulino Werneck, Lourenço Jorge, Rocha Faria e Francisco da Silva Telles, a partir de onde realizam busca ativa nas enfermarias, com o intuito de identificar os pacientes com perfil para atendimento domiciliar. Pessoas que necessitem de atendimento domiciliar, mas que não estejam internadas nos hospitais citados acima, podem ter acesso ao PADI, procurando a unidade de saúde mais próxima a sua residência, que avaliará a necessidade do paciente e o incluirá no Sistema de Regulação (SISREG). Para admissão no PADI, o domicílio precisa ter acessibilidade tanto para o paciente, quanto para a equipe, recursos mínimos de infraestrutura, saneamento básico e ventilação. Em alguns casos, é necessário que o paciente tenha um cuidador. O usuário precisa de um responsável que assine o termo de compromisso como o Programa de Atenção Domiciliar e não pode depender de equipamentos para manter as funções vitais. A maioria dos ACS considera a proposta interessante, mas entende que ela não está acontecendo de maneira eficaz, pois exclui os mais frágeis e necessitados.

Dependendo da necessidade que o idoso tenha, se de repente é uma coisa de necessidade contínua, então se coloca no SISREG e se pede o PADI. E aí, vem uma equipe que vai na residência, vem médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo. A última experiência da minha usuária não foi muito boa não. Conseguiu o PADI, mas a frequência não era tão efetiva. Não era o que a gente esperava nem pelo serviço e

nem por parte da conduta do médico. Aí eu acho que tem uma questão do comportamento da equipe (CAP 5.1).

Alguns ACS mencionaram que os próprios critérios para aderir ao PADI excluem os idosos que estão em maior vulnerabilidade:

O que acontece é que a gente encaminha para o PADI, a família vai lá e dá entrada. Eles avaliam aquela situação do paciente e pronto. É só aquela visita, não dão retorno se vai ser mensal ou qual vai ser a frequência da assistência. Na nossa unidade, se tiver um ou dois pacientes acompanhados pelo PADI é muito e tem vários idosos que realmente precisam. Eu acho que eles tinham que interagir mais, estar mais presentes e avaliar melhor os casos. Por exemplo, se eles chegam e a pessoa está andando ou se está sentada, eles julgam que aquele paciente não precisa do PADI. Tenho uma paciente de noventa e sete anos, a doutora encaminhou para o PADI, porque ela relata muitas dores e está caindo muito. Eles vieram para a fisioterapia, viram que ela estava andando e não fizeram mais nada (CAP 2.2).

Então, é isso que eu ia falar sobre o PADI. No PADI, normalmente os médicos é que pedem quando a gente vai na casa fazer visita de um acamado ou domiciliado. Eu queria saber o critério, não sei se você sabe informar os critérios. Porque às vezes o médico faz a solicitação e o domiciliado não recebe o cuidado. Eu descobri o seguinte: se a rua do paciente faz parte de uma Clínica da Família eles consideram que não há necessidade do PADI. (CAP 2.2)

O PADI não tem tudo que diz que oferece. Porque por exemplo o idoso precisa de uma fisioterapia como ela falou. Tem idoso que não tem como se locomover para ir à fisioterapia. Aí pede o PADI que é uma equipe que tem todas essas especialidades e aí eles falam: oh, você não tem direito ao PADI porque você tem família. Se você tem uma família que cuida não há necessidade do PADI, eles vão diminuindo, vão tirando. Eu tinha uma paciente que fazia uso de oxigênio em casa já havia bastante tempo, quando eu entrei na clínica ela já usava. Ela veio a falecer agora no finalzinho do ano passado. Mas a minha médica pediu o PADI para ela, porque ela precisava de fisioterapia respiratória e tinha saído para um lugar que ela não podia ir porque o oxigênio dela era enorme e ela não tinha como se locomover. E o PADI falou que não tinha como dar-lhe atendimento. Ela precisava porque usava oxigênio em casa, não tinha aquela fisioterapia respiratória, ela era sozinha com os filhos que davam um suporte teórico, ela perdeu o esposo, ficou sozinha e tinha uma moça que fazia comida, arrumava a casa, mas não era o suporte de que ela precisava. Todo mês a gente ia lá fazer visita porque precisava mandar para o Ministério Público para receber o oxigênio. O pessoal do PADI falou que não tinha como fazer a fisioterapia respiratória dela em casa. A minha médica teve que mandar vários e-mails e o filho dela teve que entrar na justiça (CAP 3.1).

6. Sobre a rede de atenção formal e informal

Na rede de atenção ao idoso, a articulação institucional mais importante é com a assistência social, mas também se apresenta como a primeira queixa dos ACS sobre sua fragilidade ou ausência: faltam cuidados com seus direitos, muitos precisam de benefícios de prestação continuada, de cesta básica ou de acesso a instituições de longa permanência e não conseguem. Essa parceria foi citada apenas duas vezes. Também os ACS se queixam de que não há providências em relação aos idosos abandonados, aos que sofrem violências físicas, negligências, abusos psicológicos e patrimoniais. Portanto, a proposta de rede intersetorial se apresenta fragmentada, a não ser excepcionalmente. Foi citada como muito positiva a interface com o CRAS e o CREAS no Grande Méier, como um trabalho bastante consolidado e de fato em rede. Nessa área, em especial, houve a oportunidade de conversar com a coordenadora do CRAS que mencionou uma parceria direta e ativa com os ACS: “são meus olhos no território.” Importante citar que na descrição da rede informal, a família aparece como principal cuidadora, especialmente a mulher, como mostram trabalhos nacionais e internacionais (Minayo, 2021). No entanto, a família que protege é também a que abandona e negligencia. Foram comuns, também, os relatos de idosos cuidando de idosos, assim como familiares que, além de não lhes prestarem assistência, demandam atenção, por apresentarem problemas mentais, de alcoolismo e de adição a drogas. Assim, foram encontrados muitos idosos sozinhos e com carências sociais, emocionais, cognitivas no asfalto, na favela e nos morros. Muitos que têm posses, foram interditados em seus bens por filhos, netos ou outros parentes como mostra uma análise do Disque 100-Idoso (Minayo, 2023).

O filho tem problema de saúde mental e ela está acamada. Ontem nós levamos o CRAS, foi uma assistente social, foi uma psiquiatra lá, levamos até na residência. O filho não sabe andar na rua sozinho por ser deficiente mental e ela está acamada. Estão tentando ver que decisão tomar sobre a família. Ela criou uma escara. A gente estava indo na casa duas vezes na semana: uma vez com a técnica e uma com a enfermeira para o curativo. Só que, quando chegávamos lá, ela estava num estado crítico de sujeira, de fralda suja, então nós que a levávamos para o banheiro, dávamos banho porque não tinha como chegar, só fazer um curativo e ir embora. A gente a deixava limpinha, quando voltávamos, ela estava suja de novo, então, aí tivemos que acionar o CRAS para ver que providência tomar. A gente fez o mutirão para ajudar com roupa de cama, toalha, essas coisas, mas são necessários outros órgãos agirem (CAP 5.2). Pessoas que moram sozinhas em grandes casarões, estão sozinhas e abandonadas, porque a família interdita para ficar com os bens. Elas ficam largadas, sozinhas, em condições totalmente insalubre. Acabam ficando com problemas mentais, pressão alta, abandonadas, largadas, esquecidas, em condições insalubres, sem condições sanitárias nenhuma, não tomam banho, não se alimentam, criam muito bicho e ficam para lá largados. E a gente tem dificuldade de acessar. Na comunidade [favela] é mais fácil entrar (CAP 2.2).

Além da parceria frágil e esporádica com os equipamentos da assistência social, os ACS falaram do NASF, do PADI e dos CAPS, mencionando que também esses equipamentos não estão atingindo as demandas dos idosos e não há uma intersectorialidade entre as várias instituições. Em três rodas de conversa foi mencionado o caso de idosos na condição de acumuladores de lixo, realidade difícil de se intervir e que requer apoio da rede de saúde mental. Mereceu destaque positivo a participação dos idosos na Academia Carioca. Em quase todas as rodas, essa prática foi avaliada como importante estratégia de cuidado, assim como foram mencionados alguns outros tipos de grupos denominados de terceira idade, desenvolvidos em algumas poucas Clínicas.

Para minimizar as lacunas que encontram, de maneira surpreendentemente engajada, os ACS lançam mão de redes pessoais e recursos próprios para garantir a dignidade da pessoa idosa. Buscam apoio de associação de moradores, de igrejas locais, de supermercados para suprimento de cestas básicas, dentre outras estratégias.

Lá na minha unidade tem uma agente de saúde que ela é bem articulada. Ela se articula com Hortifruti, com mercadão, um mercado grande que tem lá e tem uma ONG a que ela é ligada. Ela arruma cesta básica, arruma sacolão e fala para os outros ACS: me deem os nomes dos seus pacientes mais vulneráveis que estão precisando. Mas aqueles que estão precisando mesmo. Então cada ACS dá o nome para ela, ela arruma o bilhete da cesta básica a gente entrega para o paciente pegar. Então é cesta básica, é hortifruti toda semana, ela ainda fornece pão também. Isso tudo é uma ACS só, ela tem essas parcerias. Então ela fala: tal dia eu estou distribuindo, tal coisa em tal lugar ou então tem quentinha hoje em tal lugar. Ela ajuda muito a nossa comunidade (CAP 2.1).

A rede de apoio na comunidade engloba toda a comunidade. Das pessoas da igreja: olha, eu conheço a dona fulana, eu passava ali, e ela falava comigo. Eu passei e ela não falou, a pessoa vai lá olhar. Tem associação de moradores também. Aí passa para a gente porque sabe que, às vezes o familiar não fala, mas o vizinho fala: ela passou mal. Ele não falou, mas sabe aquela fofoca do bem? O fulano está internado. E tudo isso para a gente que não acompanha todo dia, às vezes o familiar não fala, mas o vizinho fala. Dona fulana, ela passou mal ontem, internou, está desde não sei quando internada. E a gente passa para equipe o que aconteceu (CAP 2.2).

Eu falo que eu tenho cem anos de favela. Eu fui para lá com cinco anos, então eu conheço a maioria e o pessoal que tem ONG agora, são meus amigos de infância, então eles me perguntam muito quem está precisando, vou pedindo ajuda e aí a gente pergunta a um, ela pergunta a outro, outro pergunta ao outro, e vai se formando um círculo e eu acho isso muito bom. Eles procuram a gente, a associação procura, a igreja procura (CAP 2.1).

Na visão dos ACS, apesar das dificuldades existentes nas áreas de favela, nesses territórios o idoso conta com mais apoio da comunidade, principalmente dos vizinhos. Surpreendentemente, em todas as rodas, são eles que aparecem como o principal elo da rede de apoio. Nas áreas mais pobres, esse apoio aparece com maior centralidade.

Já, alguns ACS que trabalham em áreas mais nobres falam que ficam limitados, principalmente nos prédios, precisando contar com a boa vontade dos porteiros que, muitas vezes, impedem seu acesso e alegam que “a família deu ordem para ninguém entrar”. Houve algumas sugestões para que haja uma política ou um programa intersetorial para atendimento aos idosos dependentes, o reconhecimento de trabalho do familiar que cuida e para prevenção da perda de autonomia. Assim se pronunciaram duas ACS:

Penso que as pessoas das famílias que cuidam de idosos dependentes poderiam ser reconhecidas como trabalhadoras e ter seus direitos trabalhistas garantidos. E que o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) não seja restrito a casos elegíveis, mas levasse em conta as condições sociais de saúde e a falta de uma rede social que proteja os idosos. Muitos idosos moram sozinhos e necessitam de centros de convivência para trabalhar sua autoestima e cuidados com o corpo, o que, no território em que trabalho, não existe (CAP 3.3).

Assim haveria mais atividades dirigidas e a gente não ficaria apagando incêndio. Você tendo uma prevenção, você evita que aquele idoso caia acamado, porque você está prevenindo. Para se ter uma ideia, há muitos idosos acamados que ainda não tomaram a sua dose de COVID porque a gente não está tendo a oportunidade de descobrir esses pacientes, não está indo nos seus locais de moradia. (CAP 2.2)

7. Pessoas idosas vítimas de violência nos territórios da Atenção Primária

Sim, existem. Todo os tipos de violência surgem nos relatos da ACS, podendo-se destacar as negligências em relação à alimentação, privação de medicamentos e de cuidados corporais, maus-tratos físicos, psicológicos e patrimoniais. Eis alguns casos descritos pelos ACS. Os dois primeiros juntam maus-tratos físicos, negligência, abandono e privação de cuidados e violência patrimonial, mas também violência institucional por parte dos órgãos que deveriam protegê-los. Como se pode observar há uma confluência de abusos e maus-tratos sobre as mesmas vítimas. Eis alguns relatos:

J.R.S, 82 anos, homem, pardo, idoso, acamado, não deambula, dormindo em um colchão no chão, faz uso de fralda, bem desnutrido. No início, a família tinha resistência [que entrássemos na casa], negando atendimento ao idoso. Houve diversas tentativas da equipe, indo com técnico, enfermeira, médico e ACS para atendê-lo, mas sem sucesso. Houve necessidade de levar a denúncia ao CREAS. Precisou de intervenção do Ministério Público. Depois disso, o filho permitiu que fosse realizada a coleta de sangue e a vacinação. Na ocasião, o caso chegou até a ACS por meio da cuidadora que tirou fotos dos maus-tratos por parte da nora, que deixava o idoso sem alimentação, urinado e sem banho. Seu filho recebia o dinheiro da aposentadoria. Hoje o paciente encontra-se internado num asilo, a família tomou essa decisão (CAP 3.2). O filho mora em Belford Roxo, ela fica sozinha e está acamada. Ela paga uma cuidadora até duas horas da tarde, depois das duas, a senhora fica deitada e não consegue se levantar sozinha. E eu questionei: se sua mãe evacuar? O que vai acontecer? Ela vai

ficar evacuada até o dia seguinte. Você é responsável por ela. O filho falou: ela está com dor e eu só quero o remédio. Eu falei: cuidado não é só o remédio, cuidado não é só medicação, você quer transferir uma responsabilidade, enquanto o responsável é você. Ele disse: os vizinhos olham. Eu respondi: os vizinhos não têm responsabilidade, eles têm a vida deles. A minha mãe não que ir. Então você vem! Alguma coisa tem que ser feita, pois da forma que está não pode ficar. E aí a gente começa a questionar. Vai ter uma reunião dele agora com o NASF que é o núcleo de apoio, para poder resolver essa situação (CAP 5.1).

A gente encontra todo tipo de violência, inclusive patrimonial, contra idosos que têm uma condição financeira boa, mas são explorados. Então a gente faz essa notificação. E a ação contra não tem sido rápida (CAP 2.2).

Está acontecendo. Idoso acumulador, idoso abandonado, idoso que sofre violência patrimonial, enfim a gente não evolui. São meses aguardando sem nenhum tipo de evolução. Chega a um certo ponto que a gente empaca ali, porque depende de um outro serviço, depende de um outro órgão, depende de um outro profissional técnico que às vezes a gente não consegue encontrar no território e a gente esbarra nisso. E aí para onde a gente vai? O que a gente faz? (CAP 1.0).

Minha área é muito vulnerável. Não sei se vocês conhecem, a minha parte é na Comunidade da Eternit próxima ao Shopping Guadalupe. É uma área bem vulnerável, muita gestante, muitas pessoas com tuberculose. Há um Centro de Recuperação de Álcool e Drogas que é ao lado da boca de fumo. E eu tenho muitos idosos no território, mas nenhum acamado, embora domiciliado. Estamos acompanhando três casos, fora os outros a quem a gente já fez visita domiciliar. Os três específicos são: o seu Ademir, que é cadeirante, amputado das duas pernas. Ele mora num local menor do que esse aqui, e só tem uma caminha, uma geladeira pequena, um fogãozinho de duas bocas. Ele não faz comida, são os vizinhos que o ajudam. Os filhos não querem saber dele, inclusive os vizinhos denunciaram ao Ministério Público. Mas a gente está sempre lá com ele que é diabético em situação bem complicada (CAP 3.3). Também temos uma que foi roubada pela cuidadora que era irmã dela. Fomos semana passada, ela estava num estado bem depressivo. O marido a agride e é usuário de droga. A casa está num estado de você se sentar e ver barata passando por cima dela como algo natural. Fomos lá com a médica e a enfermeira e conversamos. Ela contou que a irmã dela tinha vindo para ajudar a organizar a casa e ficar com ela. Ela a fez assinar uma procuração, pegou o dinheirinho dela da aposentadoria e foi no banco, fez um empréstimo, sujou o nome dela. Ela está sem nada praticamente, a gente ficou arrasada. A gente está fazendo questão de fazer coleta de sangue e levar a medicação, porque o marido e o irmão não vão buscar. Sou eu que levo. Ela não está lendo, antes ela sabia, agora não consegue nem mais ler. O outro é de uma senhora que praticamente está passando fome. Porque a neta pegou o cartão dela de pagamento. Ela estava lúcida, ia ao banco e resolvia tudo. Hoje a neta faz assim: tipo dá cinquenta reais para ela, e fica gastando o dinheiro todo. Agora o cartão não está mais com a neta. A outra filha conseguiu pegá-lo, foi no banco e o bloqueou (CAP 3.3).

O meu território é de classe média. Mas muitos idosos vivem em total abandono. Tem idosos que precisam de um acompanhamento diário e outros vêm na unidade, conseguem vir. Mas muitas famílias deixam os idosos em total abandono. Na nossa equipe atendemos a uma paciente que vive acamada. Ela vivia com o irmão que faleceu agora na pandemia e ela está sozinha sem nenhuma ajuda. Eu falei: eu não sei como ela come, como ela toma banho, não sei. Eu até choro quando eu falo dela, é triste! (CAP 2.1).

Tem uma idosa que eu tenho muita pena dela! Foi uma paciente que teve um câncer. Ela tem duas filhas. Só que essas filhas a maltratam, batem nela. É de cortar o coração! Eu estou sempre presente. Levo a medicação dela, ela toma clonazepan, toma remédio controlado, remédio de pressão, remédio para diabetes tudo quanto é tipo de remédio. Levo a caixinha boto lá, boto em cima da mesa mostro para ela como é que se toma. Ela é uma das minhas prioridades, porque vejo que as filhas a maltratam muito, e ainda fazem empréstimos no cartão. Um dia eu cheguei na casa dela, tinha um roxo assim no braço. Quando eu chego, ela já fica toda feliz. Aí eu me sentei na mesa e falei assim: dona Geralda o que aconteceu que a senhora está com essa mancha no braço? Ah Helena, nem te conto, me deu um chute aqui. Aí pronto, já me cortou o coração (CAP 2.2).

A gente tem o caso de uma idosa lá que é assustador também. Não é da minha equipe, mas eu conheço porque a gente acaba se ajudando. Ela estava tomando banho - como ela mora num barraquinho - ela tomava banho dentro da caçamba do lixo, ela não tinha banheiro. Aí foi o jeito que ela encontrou. Ela disse: eu vou ali. Ali onde? E ela, eu entro dentro da caçamba eu subo no caixote, aí eu entro para não fazer sujeira em volta, aí eu me jogo água. E falando numa inocência, ai meu Deus! Como é que pode? E sozinha também. Ali tem muito idoso sozinho, gente, é assustador! Agora imagina eu chegar nesse lugar, eu sinto toda a minha impotência. O que vou falar para um idoso que não tem ninguém? Não vou ter o que falar, porque é como eu estivesse vendo ali a minha mãe (CAP 3.3).

Nessa exposição de sofrimento e dor, um ACS contou um caso específico que ocorre no território da Grande Tijuca, que chega a assustar pelo nível de miséria que envolve.

Tem um prédio na rua do Matoso, 24, olha o número do prédio! Não tem nada a ver, é só pela dificuldade do prédio que falo! Ele é de difícilíssimo acesso é de alta rotatividade mensal, quinzenal, porque ele era um motel na década de 1920. E alguém resolveu transformar e alugar aquele espaço. Só que tem um porém que eu não sabia e fui descobrir com um tempo. Existe um xerife da área ao qual eu tenho que me reportar para saber se posso entrar e quando entrar, porque ele tem a ficha de todos os moradores no celular: se está doente, se não está doente, o que tem, o que não tem. Às vezes ele resolve a minha vida pelo celular, então eu já chego: fulano preciso ir lá no vinte quatro. O senhor tem uma referência para me dar sobre esse paciente? Tenho sim e dou. Essa é uma pessoa que administra a região, porque naquele prédio com o problema social muito grande, pela rotatividade, você tem de um tudo.

Não tem ventilação, então ex-presidiários ou fugidos passam ali um pernoite, tem que ter cuidado para entrar ali. Pessoas com dificuldade de tudo. Às vezes eu tenho que recorrer ao administrador para poder entrar lá. Hoje eu posso entrar, pergunto? Ele me diz, hoje é um bom dia. Pode ir que eu vou pedir para abrir para você. Alguém abre, eu subo. Aí eu aproveito e caminho pelos andares. Cada quarto daquele é uma residência. O banheiro é comunitário, as pessoas dormem nuas. Estou passando de manhã e vejo alguns senhores peladíssimos, dormindo com a porta aberta. Nus: idosos, crianças, drogados. Aí o administrador fala comigo: é preciso um órgão para retirar aquele idoso de lá porque ele só me traz problemas. Ele é drogado, é alcólatra, só chega gritando, anda pelado no corredor, manda esse homem logo para o olho da rua! Eu já tentei abordar o senhor, mas ele não quer ajuda de jeito nenhum. É sozinho. Não posso denunciar, não sei o que fazer. Levo o caso para a Clínica? Estamos de mãos atadas (CAP 2.2.).

Fica clara a limitação da ação dos agentes na condução dos casos de violência. O fato desses profissionais residirem no território é um dos fatores que influenciam sua tomada de decisão de muitas vezes se omitir em relação aos encaminhamentos: “quem fica visado somos nós que moramos na comunidade.” Todos foram unânimes em dizer que o protocolo é comunicar a Clínica. A partir da comunicação, uma equipe da Clínica faz a visita domiciliar e comunica ao Ministério Público.

A gente tem que passar para a assistente social e para a enfermeira em reunião de equipe. É importante registrar em Ata, porque mais à frente, se vier o Ministério Público, a gente tem uma prova de que já tinha sido averiguado, relatado o que foi observado dentro da casa, porque às vezes a gente observa coisas que não são faladas, e o olhar diz mais coisa do que a gente consegue ouvir. Assim, a gente relata a visita domiciliar na reunião de equipe, registra em Ata tudo direitinho e passa para o grupo de apoio de assistente social. (CAP 5.1)

Interessante considerar que a questão da notificação não aparece nas falas. Também merece atenção a preocupação dos ACS em relação às represálias que podem sofrer ao “denunciar”, por residir no território: “são nossos vizinhos, denunciar os nossos vizinhos [é muito complicado]”. Sobre o desdobramento das denúncias um dos entrevistados comentou:

A própria devolutiva do Ministério Público é falha. Por exemplo, se uma médica de família ou assistente social relata que teve um abuso ou que a pessoa está abandonada, o Ministério Público demora muito para responder ou para agir. Quando se demora muito para agir, de repente já aconteceu alguma coisa pior, como já vimos acontecer. Então, a devolutiva é muito falha, é demorada. Às vezes é relatado no mesmo dia e mandado para o MP no mesmo dia, mas a devolutiva demora (CAP 2.1).

Discussão

Trabalhou-se com a contribuição de 100 ACS do município do Rio de Janeiro, que fazem parte dos 7.547 que atuam no mesmo espaço sociogeográfico e integram o contingente de 250.864 agentes que trabalham em todo o território nacional. A maioria é composta por mulheres, corroborando o estudo de revisão da literatura internacional realizada por Mélló et al (2023). Como já dito, as questões discutidas em rodas de conversa versaram sobre as possíveis contribuições para o cuidado com as pessoas idosas dependentes social, física ou mentalmente. Os entrevistados buscaram responder às perguntas já explicitadas na parte metodológica.

Os resultados mostram, acima de tudo o trabalho incansável e dedicado dos ACS, grupo de mulheres e homens que constituem o braço longo e sensível do SUS nas comunidades. Os depoimentos dados por eles mostram o quanto estão próximos e são capazes de fazer a mediação com a parte mais formal dos serviços de saúde em relação aos problemas com os quais se deparam. É notória sua preocupação e o empenho com a saúde da população e com a atenção aos idosos. Percebe-se com clareza o quanto esses agentes são implicados com seu trabalho e com as famílias nos territórios onde atuam. Não há dúvidas também sobre a importância dessas pessoas no acolhimento ao público em geral e, também, na atenção aos idosos dependentes que ficam invisíveis nas Clínicas, por estarem restritos ao lar, não terem com quem compartilhar suas dores ou sofrimento ou serem totalmente acamados. Esses profissionais se tornaram os olhos e ouvidos do setor saúde em relação a esse grupo, vocalizando suas demandas e, na medida de suas possibilidades, dão-lhes retorno trazendo-lhes medicamentos de uso contínuo, cuidando de suas dores e feridas e os protegendo. Infelizmente, constatam que podem muito, mas não podem tudo!

Sua contribuição indiscutível, segundo todos os depoimentos é a de mediação, também reconhecida por uma pesquisa inédita de Praça-Brasil et al (2021) realizada com os profissionais de saúde sobre a importância dos ACS para o SUS. Esses profissionais os valorizam pelo seu papel de trazer para o sistema os mais frágeis e necessitados no território, por auxiliá-los na busca dos melhores recursos médicos ou sociais, por vocalizar seus problemas, por responsabilizar-se em entregar-lhes medicamentos, insumos e, inclusive, pela ajuda eventual aos que necessitam de cuidados pessoais.

Os ACS são os primeiros a reconhecer que os idosos dependentes precisam de apoio permanente, constante e cotidiano. Mas os profissionais da Atenção Primária e os ACS se queixam de que vivem assoberbados pelo número insuficiente dos que atuam, frente à quantidade de tarefas que ultrapassam suas possibilidades e capacidade de ação. O que é confirmado por Silva et al (2021), segundo os quais, os problemas por que passam os ACS estão associados também a falhas na gestão da Atenção Primária, a fatores

estruturais que criam barreiras de acesso, à escassez de insumos para dar conta das necessidades do território, à falta de segurança que produz medo nos profissionais e nos moradores, em especial, nos idosos, e não menos importante, na desarticulação da rede de proteção, prevenção e promoção da saúde.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (2006) fala que os profissionais de saúde devem atuar em duas frentes. A primeira é promover o envelhecimento ativo. A segunda é oferecer os cuidados necessários aos que perderam sua autonomia e são dependentes de terceiros. Segundo os depoimentos dos ACS, há Clínicas que desenvolvem várias atividades no primeiro aspecto, mas a maioria não. Hoje, todos os estudiosos da longevidade são unânimes em assinalar que para viver de forma saudável, os idosos precisam menos de remédios e mais de hábitos saudáveis de vida: estar integrados na vida comunitária e manter boas relações sociais; ter alimentação equilibrada; exercitar o corpo e a mente e dormir bem. Rowe e Kahn (1998) apresentam três indicadores de envelhecimento saudável: baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais; funcionamento mental e físico excelentes e envolvimento ativo com a vida. Assim, como esses autores, outros como Cupertino et al (2007) e Fernández-Ballesteros et al (2013) assinalam os mesmos hábitos e costumes. Os ACS ouvidos elogiaram muito as Academias da Saúde, um bem público e social criado pelo Ministério da Saúde, mas lastimam não terem tempo suficiente para estimularem os idosos.

Há casos exemplares de Unidades Básicas como a de Copacabana que faz parte da CAP 2.1, descrita num estudo de caso feito por Figueiredo et al (2022), que oferece os seguintes serviços: “(1) a Academia Carioca que promove tanto atividade física, quanto a qualidade de vida e lazer; (2) o Grupo de Coral formado por idosos; (3) o Grupo de Artesanato também para idosos; (4) ações para proteção e recuperação da saúde; (5) ações de prevenção de doenças; (6) ações para controle de queda. Essas ações são feitas tanto por médicos quanto por enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários”. O caminho parece simples, mas não é trivial. Nessa Unidade há um trabalho atento dos agentes comunitários de saúde para acompanhamento ativo dos idosos no território; atenção de toda a equipe para o atendimento médico, mas também para o condicionamento físico, a interação social e apoio psicológico; oferta de um conjunto de atividades que contribuem para a sociabilidade e a para prevenção de doenças. No entanto, a própria gestora dessa Unidade aponta e ajuda a entender as limitações aqui resumidas em dois pontos: de um lado, o acelerado envelhecimento da população torna cada vez mais difícil incluir todos, particularmente, o grande número de idosos que se encontra abandonado. De outro lado, a Unidade Básica não consegue atender devidamente aos idosos dependentes. Faltam profissionais e falta uma política que os contemple. A solução dessas duas questões não pode ser ônus apenas de uma Unidade Básica de Saúde, cujo foco é o envelhecimento ativo, promoção da saúde e prevenção de doenças.

Sobre os idosos dependentes que vivem hoje na comunidade do município do Rio de Janeiro, a pesquisa permite compreender várias questões que envolvem sua

situação e as lacunas não solucionáveis nem pelos ACS, nem pelas Unidades Básicas. (1) O primeiro ponto sobre os mais velhos e frágeis se refere ao fato de morarem em áreas de difícil acesso seja por condições geográficas, seja pelas próprias condições sociais. Mesmo os que poderiam, de alguma forma, participar de atividades fora de casa têm medo de sair ou não têm alguém para acompanhá-los. (2) O segundo ponto que ficou evidente é que há muitos idosos dependentes morando sozinhos ou sem os cuidados de familiares ou de profissionais. Uma ACS os descreve como estando “em estado deplorável”, alguns, inclusive têm problemas mentais, são acumuladores de lixo ou alcoólicos. (3) Foi bastante recorrente a citação de violência cometida, em particular, por familiares. Muitos sofrem abusos físicos, psicológicos, alguns com sinal de crueldade. E de forma muito especial, citam-se, negligências (como a que deixa o idoso acamado sozinho, sem alimentação e água, sem alguém para dar-lhe condição de fazer suas necessidades fisiológicas, de forma que ele permaneça deitado num leito sujo, molhado e sofrendo dores); e a violência patrimonial cometida por alguns: filhas, filhos, irmãs, irmãos, netos e sobrinhos que se apossam dos bens e do cartão de banco do idoso que depende de alguém para cuidá-lo, o abandonam à sua própria sorte, enquanto usufruem de seus recursos. Como se sabe em relação aos estudos sobre violência há uma confluência das diversas expressões sobre as mesmas pessoas, que tendem a não as denunciar porque podem ser retaliados pelos agressores. Os ACS chamam atenção para o fato de que isso ocorre no asfalto, nas favelas e nos morros. Estudo recente de Minayo (2023) sobre os dados do Disque 100-Idoso reforçam o que foi constatado pelos ACS do Rio de Janeiro.

Uma das questões da pesquisa tratou especificamente da intersetorialidade e da ação conjunta de outros equipamentos para atender os idosos. No entender dos ACS, todas as parcerias hoje existentes nos territórios são muito frágeis. A articulação mais próxima deveria ser com a Assistência Social, citada apenas duas vezes por eles. Um CRAS do Grande Méier foi muito elogiado pelo trabalho integrado, enquanto em qualquer estudo nacional ou internacional essa complementaridade é considerada fundamental (European Union, 2018; INSERMO, 2019). Igualmente, o Ministério Público foi citado pelo seu trabalho, em última instância, mas com uma atuação muito lenta e frequentemente sem contrarreferência.

Internamente, tratando dos serviços instituídos pelo SUS, apesar de os Agentes mencionarem que existem muitos idosos com problema cognitivo, não foi mencionada a presença e nem a atuação de nenhum Centro de Apoio Psicológico e Social (CAPS), o que também denota a pouca prioridade dessa população para esses serviços. Igualmente, alguns ACS se referiram aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com uma atuação pontual e sem efetividade no caso dos idosos dependentes. E para a inclusão no Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso (PADI), são colocadas tantas condicionalidades que a pessoa mais vulnerável e necessitada acaba por não receber o atendimento devido.

Desta forma, a conclusão é que os idosos dependentes mais frágeis e vítimas de negligências, abandono e outras violências tendem a continuar sofrendo por falta de serviços e apoios efetivos. Algumas associações de moradores e sobretudo, igrejas são instituições que colaboram nas situações mais graves de fragilidade social. Também, assinala-se o suporte oferecido por vizinhos particularmente nas favelas e morros; e de alguns porteiros nos prédios de classe média. Esses também são mencionados por ajudarem ou por dificultarem a entrada dos ACS por ordem das famílias.

Sugestões para o cuidado com os idosos dependentes

A pergunta que deu início a esta pesquisa é se os ACS conheciam a situação dos idosos, com ênfase nos dependentes e se, no seu cotidiano de trabalho, tinham condições de atendê-los e cuidá-los. Por isso, as primeiras sugestões aqui apresentadas partem primeiramente deles, que disseram não medir esforços para acolhê-los, ao mesmo tempo em que reconhecem as dificuldades desse trabalho, pois seu protocolo de atividades não está voltado especificamente para a população longeva. Eles acompanham pessoas com comorbidades regularmente como, por exemplo, hipertensos e diabéticos, porém não somente pelo critério de idade. Muitas questões fogem do seu campo de atuação e, nesse sentido, avaliam que múltiplas demandas não são atendidas. Como sugestões gerais para os cuidados efetivos com as pessoas de 60 anos ou mais, apontaram:

1. Ter um indicador específico para avaliar a atenção ao idoso, para acompanhamento pelos ACS;
2. Ampliar e modificar os critérios atuais do PADI;
3. Ampliar e melhorar a atenção à saúde mental dos idosos;
4. Priorizar os idosos no agendamento das consultas em tempo e local de atendimento. Há consultas que demoram seis meses para serem marcadas e quando o idoso consegue, o local é muito distante.
5. Intensificar os cuidados com os idosos e um trabalho de conscientização sobre envelhecimento saudável.
6. Disponibilizar mais preparadores físicos para ensinar exercícios que facilitem autonomia e melhoria da autoestima.
7. Incluir um geriatra na equipe de saúde das Clínicas;
8. Facilitar o acesso a fisioterapeutas;
9. Fortalecer a compreensão das condições dos idosos dentro da Estratégia Saúde da Família.
10. Promover formação especializada para os cuidadores ensinando-lhes as melhores formas de atuar com os idosos.
11. Criar ou ampliar grupos de convivência de idosos nas Clínicas;
12. Criar o Consultório Avançado já praticado na área 2.2. em que parte da equipe vai até um local específico do território e atende ali, facilitando a acessibilidade dos pacientes idosos aos serviços da Clínica.

Termina-se este estudo reafirmando-se o que já tem sido dito em vários trabalhos, dos quais citam-se Minayo (1999); Minayo (2021); Minayo et al (2021; 2022; 2023). Nesses estudos não se propõe uma opinião apenas, mas o resultado de muito esforço acadêmico, fundamentado nas melhores propostas internacionais vigentes há muitos anos e em vários países (Unión Europea, 2003; Paquy, 2004; España, 2004; Castedo, 2006; MacAdam, 2008; Glendinning et al, 2009; McNamara et al, 2010; OCDE, 2011; Sanja, 2013; OPAS, 2015; European Comission, 2009;2018; USA, 2018; INSERMO, 2019). Com diferentes formatos, os países ocidentais foram adotando políticas específicas de cuidados, sempre levando em conta a díade idoso dependente/cuidador.

O Bloco da União Europeia destaca-se no enfrentamento da questão do envelhecimento, tratando-o, não como um problema, mas como um fenômeno social desafiante para suas sociedades. Os formuladores de políticas desses países e dos que compõem a OCDE vêm adequando uma série de medidas para apoiar os idosos dependentes e seus cuidadores familiares, como por exemplo, benefícios em dinheiro, isenções tributárias e formas de proteção legal para os trabalhadores e trabalhadoras que precisam de flexibilização de horários ou de formas alternativas de trabalho porque são cuidadores; integração dos serviços sociais e de saúde em hospitais, equipes de atenção primária, prestadores de cuidados de longa duração e associações profissionais. Também há um investimento crescente em políticas de uso inovador de tecnologias, com o objetivo de melhorar a competência e a capacidade de cuidar.

Em todos os países do Bloco, existem leis que emanam dos governos centrais cujos custos são compartilhados com administrações locais que prestam os serviços, empresas e famílias. Pela prestação de serviços ser descentralizada, a efetividade operacional difere muito entre países e dentro deles. Em geral, há uma combinação e compartilhamento da assistência social e de saúde nos diferentes modelos de política. Da mesma forma que o Bloco Europeu, mais recentemente Canadá e Estados Unidos estabeleceram políticas de proteção aos idosos dependentes, considerando o papel do Estado, a racionalização do sistema de saúde e a situação dos idosos. Em todos os casos, há uma corresponsabilidade entre o Estado, a Sociedade e a Família.

As revisões sobre as práticas existentes mostram que não há perfeição em nenhuma das políticas até hoje implantadas. As causas são muitas. (1) Primeiro, em geral, não há um lugar social reconhecido para o idoso dependente e nem para seu cuidador (o cuidador familiar não está incluído em nenhum órgão trabalhista ou de previdência). É comum sacrificar-se uma mulher que fica confinada e obscura no seio da família. Embora, a literatura mostre que há hoje muitas discussões (que ainda não se transformaram em ação) sobre integrar o cuidador familiar como o primeiro patamar da atenção básica em saúde. (2) Vários analistas reconhecem que o desenvolvimento das leis, das regulações, das finanças, das reformas organizacionais e do uso de tecnologias tem sido pouco compreensivo, é inorgânico e não-sistêmico. (3) Embora tenha aumentado muito o

entendimento sobre o importante serviço que a família presta ao idoso dependente, há um forte componente cultural que atribui à mulher a responsabilidade de cuidar de forma voluntária e gratuita. (4) Esse componente cultural agrava o silenciamento e a invisibilidade com que as cuidadoras e cuidadores trabalham. (5) Por fim, do ponto de vista do Estado, a tendência contemporânea da desospitalização e da desinstitucionalização combina muito com o desejo do idoso de ser cuidado em casa. Mas o ônus disso não é contabilizado a favor das famílias e sim como uma forma de baratear os custos hospitalares. (6) Por todos esses motivos, é preciso olhar os problemas e desafios em seus aspectos micro e macrosociais simultaneamente, quando se faz uma nova proposta.

Torna-se urgente a formulação de uma POLÍTICA DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA DEPENDENTE, que seja discutida em todos os seus aspectos com todos os atores sociais que praticam os cuidados, que os recebem, com os que estudam essas questões, e com os gestores que devem implementá-las. Que este modesto trabalho seja uma luz a mais neste caminho humanitário e que concerne aos direitos humanos de todos os brasileiros.

Referências

- Brasil. Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003; 3 out.
- Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 1994; 4 jan.
- Brasil. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 1996; 23 fev.
- Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 9 dez.
- Brasil. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. Diário Oficial da União 2006; 19 out.
- Camarano, A.A. Estatuto do Idoso: avanços e contradições. Texto para discussão 1840. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.
- Camarano, A.A.; Kanso S. As Instituições de Longa Permanência no Brasil. Revista Brasileira de Estudos Populacionais. 2010; v.27 (1):233-235.
- Castedo, R.A. Políticas sociales y prestación de servicios a las personas dependientes y a sus familias. Granada: Universidad de Granada; 2006.
- Cupertino, Ana Paula Fabrino Bretas, Rosa, Fernanda Heringer Moreira e Ribeiro, Priscila Cristina Correa. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2007, v. 20, n. 1, pp. 81-86.

- España. Ministerio de Salud. Atención a las personas em situación de dependencia: Libro Blanco. Madrid: MS; 2004.
- European Commission (EU). Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016–2070). Ageing report 2018. Brussels: EU; 2018.
- Fernández-Ballesteros, R; Robine, J.M; Walker, A.; Kalache, A.. Active Aging: A Global Goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, v. 2013, p. 1-4, 2013.
- Figueiredo, A.E.B; Minayo, M.C.S; Mangas, R.M.; Pereira, T.F.S. Uma Unidade de Saúde consegue responder às necessidades mais frequentes dos idosos? Pp. 405-424. In: *Cuidar da pessoa Idosa Dependente. Desafios para as famílias, o estado e a sociedade*. Org. Minayo, M.C.S; Silva, R.M.S.; Praça Brasil, C.C. Editora UECE, Fortaleza, 2022.
- Freire, P. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2019.
- Glendinning C, Arksey H, Tjadens F. Care provision within families and its socio-economic impact on care providers: Report for the European Commission SPRU, York: University of York; 2009.
- Habermas, J. *Dialética e Hermenêutica*. Porto Alegre: LPM; 1987.
- IMERSO. *Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España*. Madrid: IMERSO; 2019. Disponible en: <https://bit.ly/2FMOC99>
- Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta, DM, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2017; 51(Supl. 1):6s
- MacAdam M. Frameworks of integrated care for the elderly: A systematic review. Ontario: Canadian Policy Research Networks; 2008.
- McNamara B, Rosenwax L. Which carers of family members at the end of life need more support from health services and why? *Social Science and Medicine*, 2010; 70(7):1035-1041.
- Méllo, Lívia Milena Barbosa de Deus; Santos, Romário Correia; Albuquerque, Paulette Cavalcanti. Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais? *Ciência & Saúde Coletiva*., 2023; 28(2):501-520.
- Minayo M.C.S. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(1):247-252.
- Minayo, M.C.S; Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021, v. 26, n. 01, pp. 137-146.Silva,
- Minayo, M.C.S.; Silva, R.M.S; Praça-Brasil, C.C. *Cuidar da pessoa Idosa Dependente. Desafios para as famílias, o estado e a sociedade*. Fortaleza, Editora UECE, 2022.
- Minayo, M.C.S. Violence against Older Adults per the “Dial 100-Older Adult” Data. *Gerontology and Geriatric Research*. 2023; 9(1): ID:1082.
- Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Plano de ação para a saúde da população idosa. Washington: OPAS; 2015.
- Organization of Economic Development (OCDE). Policies to support family caregivers. IV chapter. In: *Organization of Economic Development (OCDE). Help wanted? Providing and paying for long term care*. OCDE Publishing: Paris; 2011. p. 121-158.
- Paquy L. *Les systèmes européens de protection sociale : Une mise en perspective*: Paris: Mire, 2004.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. *L Successful aging*. New York: Pantenon Books, 1988.