



Eixo: Classes sociais, geração e Serviço Social.

Sub-eixo: Envelhecimento.

DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E O DESVELAR DA DEFICIÊNCIA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DOS USUÁRIOS EM REABILITAÇÃO NO CRIDAC – CUIABÁ (MT)

BIANCA MARTINS COSTA¹
MARIA HELENA GOES CAMPELO²

Resumo: O artigo tem como objetivo analisar os Determinantes Sociais da Saúde como fatores, que, influenciam nas condições de vida e de saúde dos idosos de forma positiva ou negativa. O estudo fundamentou no modelo de determinação social em saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e no modelo social sobre deficiência. A pesquisa foi realizada no Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa em Cuiabá-MT e de natureza exploratória, qualitativa e na perspectiva totalidade. Os resultados demonstram que os determinantes sociais podem provocar problemas de saúde, que se agravam no processo de envelhecimento e resultam em alguma deficiência.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Deficiência; Envelhecimento.

SOCIAL DETERMINANTS IN HEALTH AND THE DISCLOSURE OF DEFICIENCY IN THE PROCESS OF AGING USERS IN REHABILITATION IN CRIDAC - CUIABÁ (MT)

Abstract: The article aims to analyze the Social Determinants of Health as factors that influence the life and health conditions of the elderly in a positive or negative way. The study based on the model of social determination in health proposed by Dahlgren and Whitehead and the social model on disability. The research was carried out at the Aquino Correa Comprehensive Rehabilitation Center in Cuiabá-MT and of an exploratory, qualitative and totality perspective. The results show that social determinants can lead to health problems, which worsen in the aging process and result in some disability.

Keywords: Social determinants of health; Deficiency; Aging.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa surgiu a partir da experiência vivenciada no estágio curricular obrigatório em Serviço Social, realizado no Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa (CRIDAC), em Cuiabá/MT, decorrente da parceria

¹ Profissional de Serviço Social. Associação São Francisco de Assis. E-mail: <biancamartinscosta@hotmail.com>

² Profissional de Serviço Social. Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa.

firmada com o Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e originou no trabalho de Curso, para obter o título de Bacharel em Serviço Social.

O Serviço Social realiza o atendimento direto, através das abordagens individuais e grupais. No atendimento direto desenvolve as ações socioassistenciais, socioeducativas e em equipes multiprofissionais às pessoas com deficiência que buscam os serviços de reabilitação no CRIDAC, sendo que o mesmo se constitui como referência em reabilitação física, auditiva e intelectual para o Estado de Mato Grosso e lócus da pesquisa.

Este trabalho teve como objetivo analisar os impactos sociais na vida dos/as idosos/as, que adquiriram deficiência no decorrer do processo de envelhecimento. Chegar a uma velhice saudável não é uma tarefa simples, ela é construída ao longo do tempo. Este processo tem início no momento em que a pessoa nasce, cresce, relaciona, trabalha, envelhece e morre. É o ciclo da vida.

Durante tal processo os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) vão influenciando nas condições de vida dos indivíduos, de forma positiva ou negativa, pois ser um idoso ativo não é uma escolha de cada pessoa, os fatores políticos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos, étnico-raciais, biológicos e ambientais determinam e influenciam a saúde, podendo provocar um problema, que pode se agravar no processo de envelhecimento e resultar em uma deficiência adquirida na velhice e que impacta no cotidiano das pessoas, sobretudo na vida do/a idoso/a. A deficiência requer reabilitação para que as pessoas idosas com deficiência possam viver com dignidade e mais qualidade de vida.

O estudo está fundamentado no Modelo de Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e no Modelo Social de Deficiência de perspectiva sociológica, numa perspectiva de totalidade. A abordagem metodológica escolhida foi a qualitativa, para apreender as percepções dos sujeitos ao modo de viver e, os impactos sociais que contribuíram para os agravos na saúde dos envolvidos na pesquisa.

Os resultados mostram que, a junção dos DSS influenciou de forma direta, o processo de envelhecimento, que acarretou em adquirir a deficiência física na velhice.

1. SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948 redefine o conceito de saúde ao afirmar que: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”. Nesta definição, a doença de uma pessoa não deve ser vista apenas pela patologia, mas também as condições em que vive, o meio ambiente e outros fatores que influenciam no processo saúde-doença do indivíduo.

Na concepção anterior, a saúde é concebida numa perspectiva puramente biológica e médica, pois os atendimentos são feitos para o tratamento e a prevenção das doenças e lesões, deixando de lado as condições ambientais, sociais, emocionais e econômicas que também influenciam na recuperação dos indivíduos. Essa ideia é reforçada por Scliar (2007, p. 30), ao definir que a, “saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas”, sendo assim, para os idosos a saúde se apresenta de diferentes formas, porém vai depender da época, do contexto, do lugar, do estilo de vida e da classe social em que eles estão inseridos. Esse conjunto de fatores é denominado de Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

A saúde se constrói ao longo da vida. Porém é no cotidiano das pessoas que a saúde é afetada pela condição financeira, já que este fator auxilia na determinação da saúde, pois ela que propicia as condições de vida, consumo de bens e serviços, prevenção e promoção de saúde, logo, as condições financeiras influenciam na saúde.

Buss e Filho (2007, p. 82) reforçam essa afirmação ao dizer que “[...] as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.)”.

A educação é um exemplo de como ela é afetada diretamente pela falta de recursos financeiros, além de prejudicar outros fatores, pois, a desistência ou a privação de adquirir conhecimento, provoca a baixa escolaridade, o que compromete o conhecimento geral e, sobretudo a educação em saúde e, isso contribui para comportamentos não saudáveis e piores condições de vida como moradias precárias, falta de saneamento básico, condições desfavoráveis de trabalho e, com a junção desses fatores tende-se a estar mais vulnerável à determinada doença.

Desta forma, a classe social é um fator que vai direcionar as possibilidades de atendimentos e recursos, em que poderá ter acesso ou não, para usufruir os serviços. As diferenças de problemas de saúde entre as classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores, segundo Buss e Filho (2007), pois, apesar dos indivíduos estarem sujeitos a contrair as mesmas patologias, as formas de tratamentos são distintas, pela acessibilidade.

Santos (2011, p.36) traz a definição de classe social “[...] como um tipo especial de divisão social constituída pela distribuição desigual de poderes e direitos sobre os recursos produtivos relevantes de uma sociedade”. Nesta perspectiva, a sociedade passa a ser dividida de acordo com seu poder aquisitivo diante do consumo estabelecido pelo sistema de produção capitalista, gerando as seguintes classificações: classe alta, média e baixa, sendo que, cada uma delas possui poder aquisitivo e intelectual diferenciado, e que passa a influir diretamente na saúde e no estilo de vida desses grupos sociais.

Barata, seguindo a mesma linha de pensamento, traz o conceito de classe social, advindo da concepção marxista, ao definir que as classes sociais podem ser identificadas como grandes grupos de indivíduos, cujas diferenças entre eles ocorrem: “pela posição que ocupam no sistema de produção

historicamente determinado, pelas relações que estabelecem com os meios de produção, pelo papel que desempenham na organização social do trabalho e pelo modo como se apropriam de parte da riqueza social” (2009, p.26).

A contribuição do capitalismo para as desigualdades sociais em saúde começou na fase da produção industrial, em que surgiu a necessidade de obrigações, de cunho político e social, pois os trabalhadores apresentavam péssimas condições de vida e de trabalho decorrentes da exploração e do resultado da relação entre capital e trabalho.

Barata (2009, p.20) ressalta que essas desigualdades sociais vão além das diferenças de classes, pois elas estão de modo geral atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade, assim como dos determinantes sociais.

Para compreender os termos usados para definir as diferenças na saúde, Barata (2009, p. 56) afirma que: “a igualdade e a desigualdade são conceitos dimensionais relativos a quantidades mensuráveis”, pois segundo a autora faz referência a quantidades equivalentes ou até mesmo distintas de atributos estudados. Já a “equidade e iniquidade são conceitos políticos que expressam, além da igualdade ou desigualdade quantitativa, uma avaliação moral relacionada com a noção de justiça social”.

Segundo a autora, as iniquidades em saúde são consideradas desigualdades injustas ou resultados de algum tipo de injustiça. A maioria das desigualdades sociais em saúde é injusta, porque é o reflexo dos DSS na sociedade, que resulta da má distribuição de riqueza, não acesso a bens, serviços, poder e propriedade. Pode-se dizer que o nível de saúde está fortemente determinado pela classe social e a posição que os indivíduos ocupam na sociedade.

2. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.

Os determinantes sociais passam a ser tema de debate no final do ano de 1970, na Conferência de Alma Ata cuja proposta visava os cuidados primários com a saúde.

Em 1986, no Canadá aconteceu a Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa com a intenção de contribuir para a meta lançada na Declaração de Alma-Ata, que dizia “Saúde para todos no ano de 2000 e anos subsequentes”. Essa conferência foi uma resposta às expectativas de uma nova saúde pública e a promoção da saúde teve um grande peso para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde da sociedade como dispõe a Carta de Ottawa: “Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver” (1986, p.01).

O conceito de saúde considera tanto os recursos sociais e pessoais como também a capacidade física do indivíduo. Por isso, a promoção da saúde não deve ser só de responsabilidade do setor de saúde, mas vai depender do estilo de vida saudável que vá em direção ao bem-estar da sociedade. A Carta de Ottawa descreve que, as condições e recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

No Brasil, o conceito de determinantes sociais utilizado é o estabelecido pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). A CNDSS para elaborar esse conceito usou como referência o movimento da reforma sanitária, que contribuiu para incluir na Constituição Federal (CF) de 1988, o reconhecimento da saúde, como “[...] direito de todos e dever do Estado”, expressa no Artigo 196 e reforçada na Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080 de 1990 e base para o Sistema Único de Saúde (SUS).

As legislações reconhecem a determinação social no processo saúde-doença, ao estabelecer que a saúde deva ser efetivada por meio de políticas econômicas e sociais, bem como, os níveis de saúde são entendidos na LOS, como expressão da [...] organização social e econômica do País, tendo a

saúde como determinantes e condicionantes fatores como a alimentação, moradia, trabalho renda, educação, etc. (BRASIL, 1990), ou seja, os aspectos econômicos, sociais e políticos contribuem para a exclusão social e a desigualdade em saúde, que por sua vez resultam nas iniquidades da saúde.

Com base nesse estudo, a CNDSS (2008) define que, os Determinantes Sociais da Saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco.

Ao analisar as relações entre determinantes sociais da saúde, faz se necessário estabelecer uma hierarquia de determinações entre fatores mais distantes como sociais, econômicos, políticos e os mais próximos relacionados diretamente ao modo de vida, como os hábitos alimentares, sedentarismo, condições de trabalho, acesso à saúde, uso de drogas lícitas, entre outras atividades de vida diária. Isso mostra que os mais diversos fatores afetam a situação de saúde das pessoas, principalmente aquelas em processo de envelhecimento. As relações entre determinantes sociais da saúde no processo de envelhecimento são analisadas, a partir do Modelo Dahlgren e Whitehead (1991), que foi adotado, por ser mais simples e de fácil compreensão como mostra a figura 01.

Figura 01 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).



Fonte: CNDSS, 2008.

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até a camada mais distante, na qual se situam os macrodeterminantes. Observando a figura 01 verifica-se que, na base do modelo é onde se divide os indivíduos por “idade, sexo e fatores hereditários”, essas características individuais, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

A camada acima aborda os “estilos de vida dos indivíduos”, situados no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pela liberdade de escolhas das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, propaganda, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros.

A camada seguinte destaca a influência das “redes sociais e comunitárias”, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo.

No próximo nível, estão representados os fatores relacionados às “condições de vida e de trabalho”, disponibilidade de alimentos e acesso aos ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. Estes fatores

indicam que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde. Os riscos aos quais estão expostas são consequências das condições habitacionais inadequadas, exposição às condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e menor acesso aos serviços.

No último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem maior influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização e que possuem grande influência sobre as demais camadas. (CNDSS, 2008, p. 22).

Segundo este modelo, para compreender a influência dos DSS na vida dos indivíduos é preciso ter a noção das condições gerais sociais, econômicas, culturais e ambientais de uma sociedade e relacioná-las com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também as redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam nos estilos de vida, já que as decisões relativas ao hábito de fumar, praticar exercícios, hábitos dietéticos e outras, por exemplo, estão também condicionadas pelos DSS e, de forma mais acentuada nos idosos, no decorrer do processo de envelhecimento.

3. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA

Para abordar o processo de envelhecimento, faz-se necessário apreender os conceitos de envelhecimento e velhice, pois consistem em concepções diferentes. O envelhecimento se apresenta como um processo inseparável da condição humana, ou seja, o envelhecer não é apenas um momento da vida, ele ocorre do nascimento até a morte. Já, a velhice é o estado do indivíduo com idade avançada, que sofreu com o resultado do processo de envelhecimento.

Segundo Duarte (2008), o processo de envelhecimento apresenta algumas características, como, sendo um processo natural, que não depende da vontade do indivíduo, isto é, toda pessoa nasce, desenvolve, cresce, envelhece e morre. Ele é um processo irreversível, mesmo com toda tecnologia, avanço da medicina, tratamentos, medicação e outros meios. O envelhecimento é contínuo e individual, cada pessoa envelhece em uma velocidade, pois a forma e as condições de vida influenciam o aumento ou não dessa velocidade, levando a perda progressiva das funções.

As mudanças são naturais na velhice, como a diminuição do vigor físico, a pele enrugada e o cabelo esbranquiçado. Esses fatores demonstram que o organismo está envelhecendo, porém não está relacionada às incapacidades e doenças.

Na percepção de Minayo (1997), o pensamento elaborado pelos idosos sobre como eles se sentem diante da velhice e da doença varia de acordo com o grupo cultural e a classe social ao qual estão atrelados. Se a doença ocorre durante o envelhecimento então a culpa desse “erro” poderá ser decorrente do próprio idoso ou da sociedade que não lhe propiciou melhores condições e qualidade durante a vida.

A associação que se faz entre a velhice e a doença pelos idosos é algo que precisa ser revisto em suas discussões, para que não se criem ideias preconcebidas do significado social de envelhecer. A doença não ocorre durante a velhice como um castigo, mas sim como uma consequência das ações tomadas pelo indivíduo e pelo meio ao qual estava ou está submetido.

A falta de prevenção e de preocupação com os determinantes sociais contribuem para causar as patologias no decorrer do processo de envelhecimento, como as Doenças Não-Transmissíveis (DNTs), que se transforma numa das principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo.

Segundo a Política de Envelhecimento Ativo, as principais doenças crônicas que afetam os idosos em todo o mundo são: Doenças cardiovasculares (doença coronariana); Hipertensão; Derrame; Diabetes; Câncer; Doença pulmonar obstrutiva crônica; Doenças musculoesqueléticas

(artrite e osteoporose); Doenças mentais (demência e depressão); Cegueira e diminuição da visão. (OMS, 2005, p.15).

Algumas dessas DNTs podem ser evitadas, adiadas ou pelo menos controladas. Não prevenir ou controlar as DNTs de forma apropriada pode resultar em custos para a vida, absorvendo uma quantidade desproporcional de recurso monetário no tratamento humano e emocional do idoso, da família e da sociedade.

À medida que o envelhecimento vai avançando, aumenta o risco de desenvolver DNTs, entretanto, o que relativamente aumenta o risco nas idades mais avançadas é o uso do tabaco, do álcool, a falta de atividade física, dieta inadequada, excesso de trabalho, o meio em que vive a falta de saneamento básico, o estilo de vida, educação, desemprego, dentre outros determinantes sociais. Portanto, é importante chamar a atenção para os riscos de doenças não transmissíveis durante toda a vida, já que elas contribuem para gerar deficiência na velhice.

A deficiência pode ser de natureza física, mental, sensorial ou intelectual; pode ser de nascença ou ter surgido em outro momento da vida, em decorrência de doença ou acidente e pode causar um grande impacto nas atividades de vida diária, no trabalho, na educação, na interação com o meio físico e social ou consequências que requerem assistência. A deficiência pode se manifestar de diversas formas.

A definição está contida no Estatuto da Pessoa com Deficiência e sancionada pela Lei nº 13.146/2015, artigo 2º diz: “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, e, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2015).

Essa definição tem como referência o modelo social de deficiência. Esse modelo retira o indivíduo da condição desigual e diferente do outro e o coloca na condição de igualdade, na diversidade da vida social. Em outras palavras, a responsabilidade por ter uma deficiência é retirada do indivíduo. Medeiros e Diniz relatam que a experiência de ser deficiente seria, “[...] o resultado da

opressão e da discriminação sofrida pelas pessoas em razão de uma sociedade que se organiza de uma maneira que não permite incluí-las na vida cotidiana” (2004, p.08).

Segundo os autores, para uma pessoa que tem alguma lesão, não vivenciar a experiência de ter uma deficiência, a sociedade deve promover a acessibilidade que possibilitem as pessoas com deficiência participarem de forma plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Entretanto, grande parte dos idosos prova da deficiência, por acumularem limitações leves e mobilidade reduzida, em consequência do processo de envelhecimento, a junção delas e de outros fatores podem tornar-se causa de deficiência como mostra a pesquisa.

4. RESULTADOS DA PESQUISA

O trabalho constituiu-se numa pesquisa exploratória, por ter se limitado a instituição CRIDAC e mais especificamente aos usuários do serviço de transporte da instituição. A abordagem da pesquisa foi qualitativa e permitiu apreender os determinantes sociais que influenciaram os idosos a adquirirem deficiência na velhice e se tornarem usuários/as do serviço de reabilitação Física do CRIDAC.

Na pesquisa de campo foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: a entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas e análise documental. Já a análise documental foi utilizada para coletar alguns dados de perfil dos usuários envolvido na pesquisa, bem como as causas e/ ou problema que geraram a deficiência, junto aos prontuários e o cadastro de inserção ao serviço de transporte desenvolvido por assistentes sociais que atuam na equipe multiprofissional de reabilitação do CRIDAC.

A análise teve como eixo norteador o Modelo Social de Deficiência de perspectiva sociológica, pois permitem compreender as barreiras que

impactam na vida social destes idosos com deficiência e o modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), que como já citado é dividido em camadas, para melhor compreensão dos determinantes sócias que podem influenciar na saúde e vida dos indivíduos.

Idade, sexo e fatores hereditários.

Os sujeitos da pesquisa são pessoas idosas que adquiriram deficiência na velhice, que se encontra em reabilitação no CRIDAC, em Cuiabá-MT, e, que utilizaram o serviço de transporte nos meses de abril de 2015 a agosto de 2016, período estágio obrigatório curricular e de inserção da pesquisadora no CRIDAC. A amostra foi definida de forma aleatória e delimitada em 10 usuários para participarem da entrevista. Destes 10 usuários, 06 são mulheres e 04 homens com faixa etária entre 60 a 71 anos. Para manter o sigilo da pesquisa foram utilizados nomes de flores na identificação dos/as participantes.

A análise dos resultados da pesquisa constatou que não há um motivo único que provocou a deficiência, mas sim a junção dos determinantes sociais no decorrer da vida.

Todos os entrevistados adquiriram hipertensão, antes da deficiência, 06 deles sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC); 02 tiveram uma das pernas amputada, em decorrência de Trombose e outro por Diabetes; 01 tem deficiência múltipla, em virtude da Diabetes, ou seja, amputação de membro inferior e perda da visão; e 01 apresenta um grave problema de coluna, por excesso de peso no trabalho. Além disso, esse usuário apresenta outros problemas de saúde que surgiram após a deficiência, à cardiopatia e AVC.

Sobre a aquisição da deficiência, todos eles têm consciência de que a forma como viveram contribuiu muito, como constatado na entrevista do GIRASSOL. Em seu relato ele disse ter diabetes, pressão alta e colesterol alto e que antes da amputação tinha uma rotina de trabalho excessivo. Girassol não se cuidava direito, não descansava de forma adequada (dormia mal e quase não tirava folga), tinha uma má alimentação, não tinha tempo para fazer exercícios físicos, como expõe em sua fala “Eu acho que foi o excesso de

trabalho e eu também não me cuidei, e a trombose pode procurar aí na internet é de ficar muito sentado, você não anda, e eu não andava muito. Sábado, domingo e feriado eu fazia 16h, 18h de serviço. Quando chegava você não ia dormir, você desmaiava. O trem era corrido mesmo”.

Estilo de vida dos indivíduos

De acordo com os depoimentos dos participantes a maioria eram pessoas ativas, que gostavam de andar, correr, dançar e jogar bola, quando mais jovens. No entanto, a falta de tempo foi o argumento utilizado para justificar a falta de atividade física, antes de serem acometidos pela deficiência, como aponta a fala do GIRASSOL “Eu fazia alongamento, caminhada, às vezes saía cedo pra correr [...] mas não tinha um tempo muito correto não”.

Hoje em dia, devido à deficiência, não conseguem mais ser tão ativos, durante o depoimento, o que eles mais sentem falta é a independência para realizar atividades simples, como sair de casa sozinho, passear, ir à igreja e entre outras, que em decorrência das sequelas adquiridas os tornaram dependentes e com dificuldade de locomoção.

Com relação ao consumo do álcool. 06 entrevistados disseram que bebiam socialmente, em festas, churrascos, aniversários e coisas do gênero, nada muito exagerado; 02 relataram nunca ter bebido; e os outros 02 bebiam com bastante frequência e sem muita moderação. O relato do CRAVO mostra o uso excessivo de álcool, “Faz 29 anos que eu parei de beber, bebi por uns 40 anos mais ou menos [...] a bebida era pra alegrar [...] sentava no bar era uma caixa de cerveja pra eu levantar, tomava sozinho, depois pegava o carro e ia embora, enjoei de vir lá da chácara bêbado, nunca esbarrei em ninguém [...] depois que eu parei de beber, passou um tempo veio à diabetes e o resto”. Assim, o consumo de álcool durante o processo de envelhecimento aumenta a probabilidade de adquirir doenças relacionadas ao pâncreas, estômago, fígado e desnutrição na velhice.

O cigarro é outra substância que interfere na saúde dos indivíduos, sobre o uso do cigarro, 05 dos participantes afirmaram que faziam uso da

substancia, mas pararam; 04 disseram que não faziam uso; e apenas 01 dos participantes afirmou que continua consumindo, como se verifica nas palavras da BROMÉLIA, “Sou fumante desde os 14 anos, divorciei do marido, mas do cigarro não [...] quando eu tô nervosa eu fumo bastante”. O risco de contrair ao menos uma das doenças associadas ao fumo aumenta com a duração e a quantidade da exposição. Segundo a OMS (2005), fumar contribui para aumentar os riscos de doenças como câncer de pulmão, mas principalmente pode levar a ter perda da capacidade funcional (muscular e respiratória).

O cigarro pode ser considerado um fator de risco modificável, pois é possível perceber benefícios se a pessoa abster-se do uso e isso se aplica a todas as faixas etárias.

Redes sociais e comunitárias

Com o idoso debilitado a interação e os vínculos tendem a enfraquecer. Dessa forma, as doenças e incapacidades do idoso podem contribuir para o isolamento social por limitar a sua participação na comunidade.

Quanto às relações de convivência domiciliar, dos entrevistados, 04 declararam morar sozinhos; 01 com os netos, 01 com o esposo e filhos, 01 apenas com o esposo, 01 com o pai e a mãe e 01 com filho ou filha. Apesar de alguns participantes relatarem que residem sozinhos, eles têm um contato permanente com os familiares e é através deles que os participantes conseguem ter algum lazer, manter laços sociais, ir à igreja e praticar outras atividades em que não conseguem mais exercer sem algum tipo de ajuda.

Condições de vida e de trabalho

Este item trata das questões de alimentação, educação, esgoto, serviços de saúde, habitação, ambiente de trabalho e desemprego.

Um elemento importante para o processo de envelhecimento é a alimentação. Neste quesito, os participantes alegaram que não tiveram uma grande preocupação com a alimentação durante a vida e foi após a deficiência,

que surgiu a necessidade da reeducação alimentar, já que, 06 dos participantes alegaram ter uma alimentação normal, comiam bem, mas que, às vezes consumiam alimentos gordurosos, doces e frituras; 04 dos entrevistados disseram não se preocupar com a alimentação e que consumiam frituras, alimentos gordurosos, doces e entre outros com frequência. A combinação de má alimentação e sedentarismo é um risco para a saúde e contribui para adquirir DNTs.

A educação é um fator importante quando se trata da determinação social da saúde, na vida de um indivíduo, pois a baixa escolaridade compromete o conhecimento sobre a educação em saúde, pois tal conhecimento poderia contribuir para comportamentos mais saudáveis e melhores condições de vida.

Sobre a educação 02 não chegaram a concluir o Ensino Fundamental; 04 terminaram o Ensino Fundamental; 01 concluiu o Ensino Médio regular, 01 concluiu o Ensino Médio profissionalizante; e 02 iniciaram o Ensino Superior, mas não concluíram.

A ênfase sobre a importância da educação está presente no depoimento do LÍRIO: “Eu acho que foi o descuido meu, porque eu demorei pra ir tratar o machucado, estava preocupado com o serviço e esqueci de mim. Eu pensei que a diabetes não era tão traiçoeira assim, porque você não sente nada né, a gente não sente nada, ela é muito silenciosa”. Ao usar o termo “foi descuido meu”, pode-se dizer que o desconhecimento sobre a diabetes contribuiu para a sua deficiência, pois ela é uma doença silenciosa, que pode causar grandes danos, pelo desconhecimento que ele tinha na época do acontecido.

Quanto aos serviços de saneamento básico, 05 dos participantes disseram que o bairro onde moram possui saneamento, os outros 05 alegaram não ter esgoto no bairro. Os entrevistados que alegaram a falta de esgoto no bairro, porque são bairros novos e que também não possuem asfalto.

A porta de entrada para os serviços de saúde são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), foi questionado aos participantes quanto à frequência com que vão as UBS, para fazer acompanhamento e exames de rotinas, apenas 03

dos entrevistados relataram fazer acompanhamento com frequência; e os 07 restantes não fazem.

Alguns entrevistados retiram a medicação nas UBS, como remédios para a hipertensão, insulina e entre outras medicações. Outros reclamaram da falta de médicos e de poucas senhas de atendimento como se verifica na fala da ÍRIS “Não vou muito porque é só um dia pra marcar e tem que chegar bem cedo, porque são poucas vagas”.

Esse argumento só reforça o que a autora Barata afirma “A existência de um sistema nacional de saúde é condição necessária, porém não suficiente, para melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades em saúde” (2001, p. 142). A precarização dos locais de atendimento, a falta de médicos, vagas de atendimento, instrumentos hospitalares, medicamentos, tudo isso só aumenta as desigualdades em saúde para a população que depende de serviços públicos para tratamento e acompanhamento contínuo.

Com relação à moradia, 09 participantes residem em casa própria e apenas 01 reside em casa alugada, sendo que, 50 % dos entrevistados residem em bairros novos, iniciados como comunidades periféricas e com o passar do tempo tornaram-se bairros.

As condições de habitação e ambiente se caracterizam como DSS, como afirma Teixeira, “As condições sociais são efetivamente base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição que cada indivíduo tem na sociedade é uma base da própria saúde” (2009, p.384). Investir em infraestrutura é uma questão de necessidade, para tornar os ambientes mais propícios a se ter qualidade de vida.

Nas condições de trabalho, 05 dos entrevistados relataram que quando trabalhavam tinham folga, tiravam férias regularmente; os 05 restantes afirmaram que tinham uma rotina de trabalho bem intensa, como: trabalhar por conta própria, trabalhar e estudar, trabalhar excessivamente, além do estresse e de outras formas de desgaste físico e psicológico.

De acordo com o relato dos entrevistados, verifica-se que a maioria deles, não sofreu tanto impacto referente às condições de trabalho, no entanto, os que mais se destacaram foram CRISÂNTEMO e GIRASSOL. Apesar de

CRISÂNTEMO ter explicitado que, tinha folgas semanais e férias da forma correta, seu problema foi o excesso de carregamento de peso. Está comprovado cientificamente que carregar peso excessivo e com frequência provoca problemas na coluna, a curto e longo prazo e foi como tapeceiro que CRISÂNTEMO começou a carregar muito peso e, isso ocasionou lesões na coluna.

O caso do GIRASSOL é bem diferente. Trabalhou com diversos serviços, mas o que mais o afetou foi o trabalho como segurança, pois chegava a trabalhar por 16 horas seguidas; às vezes trabalhava na sua folga, cobrindo funcionários faltantes e entre outros fatos que ocorriam. O excesso de trabalho impactava na falta de tempo para praticar exercícios físicos, na má alimentação, pois ele não conseguia preparar sua alimentação e também não tinha quem o fizesse, ou seja, o tempo para o descanso era curto, além desses fatores ele fazia uso de cigarro e álcool socialmente.

Como o público alvo desta pesquisa é o idoso com deficiência adquirida, apenas 01 dos entrevistados trabalha, mas trabalha temporariamente. Está aguardando o processo de aposentadoria ser finalizado. Os outros participantes têm algum tipo de renda mensal, sendo que 01 recebe uma pensão por morte; 02 são aposentados por invalidez; 01 é aposentado por tempo de serviço e 05 recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais

A expectativa de vida da população idosa tem crescido largamente, em contrapartida a população jovem tem diminuído. Com essa inversão as políticas sociais não têm sido suficientes para resguardar a todos, gerando desigualdades sociais, pois o Estado consegue amparar apenas os idosos/as que se encontram em situação de pobreza, excluindo grande parte da população, sobretudo no âmbito da saúde conforme se verificou nas entrevistas. Os idosos envolvidos na pesquisa fazem parte de uma população que sobrevive com sua renda, mas depende das políticas sociais para terem qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O estudo mostra como os determinantes sociais influenciam diretamente na aquisição de doenças, ao longo da vida de qualquer ser humano, mas com muito mais intensidade em pessoas idosas. As doenças que podem gerar deficiências e quando identificadas na velhice, caracterizam-se como produtos adquiridos durante o processo de envelhecimento, principalmente, quando se ignora os fatores biológicos, sociais, emocionais, econômicos e ambientais.

Uma das formas de intervenção que deveriam ser mais aplicadas é a prevenção e promoção da saúde, são instrumentos fundamentais para alcançar a qualidade de vida e conseqüentemente uma velhice ativa. Esses instrumentos contribuem para diminuir as iniquidades geradas na saúde dos indivíduos, podendo evitar as deficiências adquiridas na velhice e os enormes gastos com essa população específica, evitando aquisição de Doenças Não-Transmissíveis, que podem progredir para uma deficiência permanente, em qualquer fase da vida, sobretudo na velhice.

REFERÊNCIAS

BARATA, Rita Barradas. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 138-145, set./nov. 2001.

_____. Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, 1990.

_____. **Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei nº. 13.146, de 6º de Julho de 2015**. Brasília: 2015.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. **A nova maneira de se entender o envelhecimento e a deficiência**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEA, 2004. (Texto para discussão, n. 1040).

DUARTE, Luzia Travassos. **Envelhecimento**: processo biopsicossocial. (Monografia) 2008. Disponível em: www.psiconet.com/tempo/monografias/brasil. Acesso em: 20 jun. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Saúde e doença como expressão cultural**. In: A. A. Filho; M. C. G. B. Moreira (Orgs.). Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. (p. 31-39)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Carta de Ottawa**. Canadá, 1986.

_____. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

SANTOS. José Alcides Figueiredo. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 26, n. 75, 2011.

SCLIAR. Moacir. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

TEIXEIRA, Paulo Fleury. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n.83, set. /dez. 2009.