



Eixo: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional.

Sub-eixo: Trabalho profissional.

DETERMINAÇÕES SOCIAIS E SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS SOB CUIDADOS PALIATIVOS NA ALTA COMPLEXIDADE

KELLY DE ARAÚJO SOARES¹
SÁLVEA DE OLIVEIRA CAMPELO E PAIVA²
ROSANA ALMEIDA DE MORAES³

Resumo: Este Artigo, fruto de um Trabalho de Conclusão de Residência, expõe resultados da pesquisa sobre as determinações sociais no adoecimento das pessoas idosas internadas em cuidados paliativos nas enfermarias gerontogeriatricas de um Hospital Universitário. Norteados pela concepção teórico-metodológica dialética, recorreu ao desenho epidemiológico de corte transversal para o delineamento do perfil socioeconômico e epidemiológico dos sujeitos da pesquisa. Os resultados apontaram falta de acesso à educação; entrada precoce no mercado de trabalho [informal]; e escassez/inoperância dos serviços de saúde, enquanto indicadores das determinações sociais que condicionaram o processo de adoecimento e de [não]acesso à assistência à saúde dos indivíduos pesquisados.

Palavras chave: Idoso; Determinações sociais; Cuidados Paliativos

SOCIAL DETERMINATIONS AND HEALTH OF ELDERLY PEOPLE UNDER PALLIATIVE CARE IN HIGH COMPLEXITY

Abstract: This article, the result of a residency completion work, presents data of a research on social determinations over the illness of elderly people hospitalized in palliative care, in the gerontogeriatric wards of a university hospital. Based on the dialectical theoretical-methodological conception, the cross-sectional epidemiological design for the delineation of the socioeconomic and epidemiological profile of the research subjects was used. The results pointed out the lack of access to education, early entry into the labor informal market, and shortage/inoperation of health services as indicators of social determinations that conditioned the process of illness and lack of access to health care of the individuals surveyed.

Keywords: Elderly; Social Determinations; Palliative Care

I. INTRODUÇÃO

DETERMINAÇÕES EM SAÚDE, ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E CUIDADOS PALIATIVOS: Questões refletidas pelo Assistente Social

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade de Pernambuco.

² Profissional de Serviço Social. Universidade de Pernambuco. E-mail: <salvea.campelo@upe.br>

³ Profissional de Serviço Social. Universidade de Pernambuco.

As desigualdades no acesso à saúde estão relacionadas às conjunturas nacionais e internacionais, às políticas sociais e econômicas, bem como, a fenômenos como a globalização e o crescimento econômico, em tempos de reestruturação produtiva e financeirização do capital. Portanto, pensar as determinações sociais em saúde requer a apreensão de como a vida em sociedade, no modo de produção capitalista, influencia o cotidiano do indivíduo e o contexto no qual esse indivíduo está inserido, adocece e morre.

Dessa forma, não podemos negar a determinação de fatores sociais, econômicos e culturais sobre a saúde da pessoa idosa, segmento demandatário de cuidados abrangentes, quando em processo de palição, envolvendo intervenções nos diferentes níveis de atenção e esferas de saúde e da sociedade.

Decerto, a saúde da população é afetada ao longo da vida pelas características da estrutura econômica, geradoras de desigualdades nas exposições e vulnerabilidades, podendo ser modificada mediante práticas específicas sobre as determinações sociais: renda, educação, ocupação, estrutura familiar, dentre outros. Assim, não é possível perder de vista que circunstâncias sociais e econômicas determinam condições de vida e trabalho desiguais, com acessos diferenciados aos seus elementos (NOGUEIRA, 2010). Tampouco é possível desconsiderar a importância das lutas sociais e conquistas de Direitos para a reprodução da vida de segmentos da classe que vive do trabalho.

Em outras palavras, o contexto no qual o indivíduo se encontra inserido no mundo social vai colaborar para o seu quadro de saúde/doença, afetando as suas condições concretas e objetivas de vida e morte. Neste sentido, recorrendo às reflexões de Varela (2014, p. 02), é possível entender que:

[...] Os meios materiais e espirituais para o desenvolvimento e a realização de capacidades a que os indivíduos têm acesso no curso de suas vidas, assim como a teia de relações peculiares nas quais cada indivíduo se forma e realiza a sua existência, definem possibilidades e formam características das existências individuais, inclusive da nossa saúde [...].

Conceitualmente, as determinações sociais em saúde podem ser entendidas como “o processo através do qual os diversos aspectos da vida do indivíduo (trabalho, renda, relações familiares, condições de moradia, educação, acesso

a serviços, dentre outros) influenciam e produzem seu estado de saúde” (REIS, 2008, p.11).

Nessa linha de pensamento, a apreensão da saúde como um fenômeno social resulta de um longo processo histórico e “compreender o valor que a saúde tem para a sociedade é admitir que ela depende de práticas que, muitas vezes, não possuem relação com o setor Saúde” (CARVALHO, 2001, p. 21).

Desta forma, “as circunstâncias econômicas e sociais desfavoráveis também afetam a saúde no curso da vida, tornando a saúde dos idosos ainda mais vulnerável à determinação social pela acumulação das exposições aos fatores de risco” (GEIB, 2012, p. 125). Elementos teóricos capazes de justificar a importância do estudo, ora apresentado, resultado do processo de Residência em Cuidados Paliativos, em um Hospital de uma Universidade pública no Nordeste brasileiro.

Eis um importante aspecto a ser considerado no País, qual seja, a necessidade de levantar questões sobre a assistência à saúde das pessoas que envelheceram, diante do atual processo de transição demográfica em curso onde, atualmente, com o advento do desenvolvimento da tecnologia em saúde, intervenções específicas na saúde pública, tratamento efetivo de infecções e epidemias e a expressiva queda das taxas de fecundidade, está em evidência o aumento na expectativa de vida das populações. Assim como no Brasil, o processo de envelhecimento populacional é uma realidade observada em vários países considerados em desenvolvimento. Trata-se de um fenômeno influenciado por Determinações Sociais em Saúde, sendo que estas, conforme Nogueira (2010, p. 01), vão muito além do “emprego de esquemas de causalidade”, o que não pode ser confundido “com uma associação empiricista entre condições de saúde e fatores sociais”.

Ao longo dos anos, no que se refere à população brasileira, estudos realizados pelo IBGE (2010) mostram que a taxa de envelhecimento populacional vem aumentando, de 15,5 milhões (9% da população geral), em 2001, para 23,5 milhões (12,1%), em 2011. Com o passar das décadas, muitas doenças consideradas letais se transformaram em doenças crônicas, levando a

longevidade às pessoas acometidas por essas doenças como também gerando o aumento da incidência e prevalência de enfermidades debilitantes progressivas na referida população, colocando em pauta a urgência de Cuidados especiais, merecendo destaque os Paliativos.

O Assistente Social e os Cuidados Paliativos: Breves considerações conceituais e históricas

Os Cuidados Paliativos surgem na Inglaterra no cenário em que a morte era vista como fracasso, tanto para os familiares como para os profissionais da saúde envolvidos no processo de adoecimento e morte do doente. Como afirma Menezes (2011), essa abordagem surge em oposição a um exercício médico tecnologicado e desumano na qual o indivíduo é excluído do processo de tomada de decisão relativa à sua vida e em especial à sua morte.

O marco inicial desse processo de formação dos cuidados paliativos se dá através da criação dos hospices, com o objetivo de acolher pessoas sem condições financeiras e doentes. Assim, foram formadas hospedarias por todo o mundo. Uma das mais importantes, a St. Chirstopher's Hospice, fundada pela então Assistente Social, Cicely Sauders⁴ (reconhecida no mundo todo como a precursora dos Cuidados Paliativos modernos), surgiu na Inglaterra, em 1967. O trabalho de Cicely Sauders, nos anos 60, determinou os fundamentos da prática paliativa e do cuidado integral e multidisciplinar, difundindo dentro do hospice um novo modelo de assistência aos doentes terminais.

⁴ Nasceu no dia 22 de junho de 1918, em Barnet, Hertfordshire, na Inglaterra. Trabalhou como assistente social e enfermeira voluntária, demonstrando interesse no controle da dor e nos cuidados em pacientes terminais. Foi reconhecida como a fundadora do moderno movimento hospice, recebendo muitas honrarias pelo mérito de seu trabalho.

Neste sentido, de acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), os Cuidados Paliativos se inserem como estratégia definitivamente importante, fazendo uma abordagem com o objetivo de:

[...] promover a qualidade de vida, de prevenir e aliviar o sofrimento de indivíduos e de seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da existência. Entretanto, ainda pouco se educa em nosso país sobre estes cuidados. Muitos profissionais de saúde desconhecem técnicas de palição e são escassas as publicações dirigidas para esta área de atuação (ANCP, 2012, p. 13).

Segundo preconiza a ANCP (2009), os cuidados paliativos são demandados por pessoas com doenças sem possibilidade de tratamento modificador dessas doenças, como câncer, AIDS, doenças degenerativas de natureza neurológica, dentre outras doenças crônicas.

Para a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), os cuidados paliativos devem estar inseridos na abordagem às pessoas idosas, pois contemplam a integralidade dessas pessoas, tendo em vista que os “idosos têm maior prevalência de doenças crônico degenerativas para as quais não existe tratamento curativo e que podem prolongar-se por décadas, p. ex. câncer, demência, insuficiência cardíaca, fragilidade” (SBGG, 2015, p. 05).

No Brasil, o primeiro serviço de Cuidados Paliativos foi desenvolvido no Rio Grande do Sul, em meados de 1983; o segundo em São Paulo, em 1986; e o terceiro, em 1989, em Santa Catarina. Depois, outros serviços foram surgindo, mas todos sem ligações entre si ou sem uma produção comum de protocolos para as ações de cuidados paliativos. Embasada por arcabouço legal, a prática dos cuidados paliativos passa a ser efetivada, mesmo quando se acabam as chances de intervenção modificadora da doença, continuando o investimento na dignidade humana e no ato de cuidar.

Os profissionais dos cuidados paliativos reconhecem a morte como um processo natural no ciclo da vida, prezando pelo alívio da dor e de outros sintomas angustiantes, oferecendo sistemas de apoio não só para os pacientes como também para os familiares, a partir de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional. (ANCP, 2009)

Sabe-se, na composição dessa equipe, o Assistente Social, enquanto profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho, tem na questão social a sua base de intervenção. Não há dúvidas, a área da saúde continua sendo um dos espaços privilegiados para a sua ação, onde se manifestam várias expressões da questão social. No dizer de Carvalho e Yamamoto (2009, p.77),

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

No contexto da equipe multiprofissional, o assistente social “conhece as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo de saúde-doença do mesmo” (CFESS, 2010, p. 28).

Além da legitimidade da formação profissional voltada ao desenvolvimento de ações em defesa da cidadania, promoção da saúde e exercício do controle social, bem como à construção e fortalecimento de redes de apoio e proteção social que visam e/ou assegurem o acesso e consolidação de direitos sociais conquistados. Essas ações profissionais, baseadas no Projeto Ético-Político da profissão, objetivam viabilizar direitos e compreender de forma integral o sujeito enquanto multiplicador de aprendizado com ações voltadas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e à promoção da autonomia dos sujeitos para repensarem e reconstruírem a saúde individual e coletiva.

No que tange à saúde individual, vale salientar, a prática do Assistente Social dentro dos cuidados paliativos vai além de conhecimentos já construídos, pois perpassa não só a esfera clínica, mas a social, emocional e espiritual, observando que cada indivíduo é um ser único e se expressa, de modo diferente diante das questões que envolvem a sua finitude. Morrer faz parte da vida!

II. DESENVOLVIMENTO

HISTÓRIA, METODOLOGIA E ALGUNS RESULTADOS DA PESQUISA: A título de contribuição

O estudo, ora apresentado, foi produzido durante a Residência em Cuidados Paliativos, criada em 2015, no âmbito de uma Universidade no Nordeste brasileiro, com o principal objetivo de desenvolver atuação nos diferentes níveis de complexidade em saúde, no âmbito do SUS. A Residência opera de forma multiprofissional e interdisciplinar no domicílio, nas enfermarias, nos ambulatórios e no atendimento em cuidados paliativos às pessoas que possuam doenças crônicas que ameaçam a vida.

Neste Artigo estaremos apresentando algumas informações sobre o perfil sociodemográfico e focaremos nos resultados referentes ao terceiro objetivo específico da pesquisa: Conhecer as determinações sociais e econômicas que influenciaram no processo de adoecimento das pessoas idosas em cuidados paliativos, internadas nas enfermarias de geriatria de um Hospital Universitário, no Nordeste brasileiro, no período de agosto a outubro de 2017.

O Projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, em julho de 2017. Trata-se, no campo empírico, de um estudo de desenho epidemiológico de corte transversal, levando em consideração uma população especial, em situação de cuidados paliativos, nas enfermarias gerontogerítricas de um Hospital Universitário, no período de 08 de agosto a 31 de outubro de 2017. Durante todo processo de pesquisa houve o apoio da assistente social de referência nas enfermarias de gerontogeriatria. Cabe destacar, a adesão foi de 100% dos convidados à pesquisa. No tocante às considerações éticas, está garantido o sigilo da identidade e a devolutiva aos entrevistados. Todos participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos metodológicos, receberam os devidos esclarecimentos a partir da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma cópia desse documento, após a assinatura. Contamos com a participação de 15 pessoas, dentre as quais 14 acompanhantes (membros da família) e 1

paciente, pois, diante da especificidade da condição de saúde, grande parte dos pacientes não estava em condições clínicas favoráveis ao diálogo com a pesquisadora.

A população do estudo foi composta por pessoas idosas internadas nessas enfermarias, durante pelo menos três dias; com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; residentes no estado de Pernambuco; em Cuidados Paliativos (com base nas informações contidas no prontuário ou obtidas diretamente junto à equipe médica). Nas situações em que a pessoa idosa/paciente não pôde responder, a entrevista foi realizada com um familiar, desde que este tivesse conhecimento do processo de adoecimento do referido paciente.

O perfil socioeconômico dessas pessoas foi traçado a partir das informações obtidas durante as entrevistas, tendo como instrumental um protocolo contendo perguntas abertas e fechadas. Para a elaboração de algumas questões, consultamos o questionário BOAS (*Brazil Old Age Schedule*)⁵. Para conhecer o perfil epidemiológico, foi produzido um formulário de coleta de dados no prontuário do paciente, portanto, não trabalhamos com informações autorreferidas.

A título de contextualização, com relação ao perfil dos entrevistados, vale registrar: A média de idade foi de 80,87 anos, com desvio padrão de 9,07 anos. Informação que poderia significar a melhoria da qualidade de vida e bem-estar social dessa população. Entretanto, de fato, “ainda que se tenha elevado a esperança média de vida, isso não significa que se tenham melhorado as condições objetivas de vida da classe trabalhadora” (HADDAD 1986, p.17).

Destaca-se o processo da feminização da velhice, tendo em vista 9 (60%) serem do sexo feminino e 6 (40%) do masculino. Sendo pertinente lembrar que, como resultado da desigualdade de gênero na expectativa de vida, existe uma maior proporção de mulheres com idade avançada. A propósito, Nicodemo e Godoi (2010) informam que as mulheres representam a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo.

⁵ Para tal propósito, foram exploradas as sessões I, V e VI, versando sobre informações gerais da pessoa idosa, recursos sociais e econômicos. Disponível em: < <http://www.crde-unati.uerj.br/publi/QuestionarioBoas.rtf> > Acesso em 02 de julho de 2018.

No Brasil, por exemplo, a população feminina de 60 anos ou mais de idade aumentou, passando de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000 e 6% em 2010 (IBGE, 2010). Todavia, podemos observar que prevalecem entre as mulheres velhas as ocorrências de violência, discriminação, salários inferiores aos dos homens, dupla ou tripla jornada, baixa escolaridade, dentre outros aspectos merecedores de atenção.

Em relação à situação conjugal, 2 (13,3%) são solteiros, 4 (26,7%) casados, 4 (26,7%) estão em união estável e 5 (33,3%) vivenciam a viuvez, processo que pode condicionar o estado de saúde da pessoa idosa, dependendo do grau de afetividade do casal e de como se desenrolou a vida conjugal, desencadeando manifestações físicas, em decorrência do sofrimento gerado no processo de viuvez. Sobre a naturalidade, embora a maioria, ou seja, 8 (53,34%) dos participantes sejam provenientes de zona urbana, foi expressiva a porcentagem oriunda de zona rural 7 (46,66%).

Quanto à variável “saber ler e escrever”, observamos que 8 (53,34%) sabem e 7 (46,66%) não sabem. Diante dessa informação, denunciemos o analfabetismo de pessoas idosas como uma das expressões mais graves da questão social, gerando a exclusão educacional, social... Conseqüentemente, há a falta ou difícil acesso à informação em saúde, influenciando o processo saúde x doença do indivíduo. Esse resultado do estudo é também merecedor de atenção, pois, ao pensarmos o acesso à educação formal como possibilidade de contato com o conhecimento científico, a literatura, a linguagem escrita [como forma de expressão e comunicação], “então constatamos que não saber ler e escrever significa não dispor dos recursos de interação com o mundo civilizado da sociedade ocidental capitalista” (PERES, 2011, p.3).

Outro dado digno de atenção diz respeito ao momento em que os indivíduos começaram e pararam de trabalhar. Dos participantes da pesquisa, 9 (60,0%) iniciaram com idades entre 10 e 19 anos; e 9 (60,0%) pararam depois dos 60 anos, exercendo na maior parte de suas vidas atividades que demandavam exacerbado esforço físico, ao trabalharem como motoristas, caminhoneiros, agricultores, lavadeiras, cabeleireiras, dentre outras profissões.

No tocante à renda, observou-se que 4 (26,6%) vivem com uma renda familiar de até 1 salário mínimo; 3 (20,0%) entre 2 e 3; e 8 (53,4%) de 4 a 5 salários mínimos, provenientes de aposentadoria, pensão por morte, Benefício de Prestação Continuada (BPC), ajuda familiar etc.

Dos participantes da pesquisa, nenhum refere que o que se ganha “dá e sobra” para as necessidades básicas, influenciando o tratamento e sua continuidade. Entre esses participantes, 15 (100%) fazem uso de medicação de uso contínuo. Sendo que, apenas 5 (cinco) conseguem o medicamento dispensado na Unidade de Saúde da Família (USF), 4 (quatro) compram o medicamento e 6 (seis) obtêm de ambas as formas. Informação a ser priorizada e refletida, para que sejam dados os devidos encaminhamentos pela equipe de GerontoGeriatrics da Unidade de Saúde, onde alguns pacientes e familiares têm comprado a medicação para o tratamento, mesmo durante o período do internamento nessa Unidade de Alta Complexidade.

Em relação ao atendimento domiciliar, apesar do estado de saúde e vulnerabilidade, apenas 4 (26,7%) são acompanhados efetivamente, 7 (46,67) não exercem esse direito e 4 (26,7%) são acompanhados poucas vezes. Dado ilustrativo da centralidade da atenção focada nos hospitais, em detrimento da promoção, prevenção e reabilitação à saúde em domicílio e ao lado dos familiares, conforme prevê a Política de Saúde e as normativas direcionadas ao segmento idoso das nossas populações, a exemplo do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

III. CONCLUSÃO

PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DO ESTUDO: Pontos para reflexão...

Diante do perfil apresentado anteriormente, cabe neste item a análise dos resultados da pesquisa, relacionando o tempo de tratamento, o primeiro acesso

aos serviços de saúde e um ponto chave no discurso do entrevistado sobre a análise da história de adoecimento do participante da pesquisa, dando conta do objetivo específico, foco deste Artigo. Com base nas informações do Quadro 1 (em Anexo), visualizamos pelo menos quatro aspectos merecedores de uma atenção especial, versando respectivamente sobre: trabalho, educação, acesso à saúde e procedência (proveniente de área rural ou urbana).

No tocante ao trabalho, aqui entendido “como a atividade sobre a qual o ser humano emprega sua força para produzir os meios para o seu sustento” (MARX, 1867, p.34), os participantes da pesquisa entraram no mercado capitalista precocemente e a saída ocorreu tardiamente. Para os indivíduos da pesquisa, a aposentadoria consiste numa das mais importantes fontes de renda do núcleo familiar.

Na lógica da exploração do trabalho pelo capital, as questões relativas à educação são escanteadas e produzem consequências, a curto e longo prazo, como o déficit na aprendizagem, haja vista a escola ser responsável pela formação dos indivíduos, influenciando a profissão que irão exercer e o acesso a serviços. Como abordado no item anterior, o índice de analfabetismo no Brasil é preocupante, principalmente quando consideramos uma pesquisa realizada pelo IBGE (2000), revelando que 37,98% dos analfabetos no País estão acima dos 65 anos de idade. Em 2011, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), divulgada pelo IBGE, 96,1% dos analfabetos do país têm 25 anos ou mais. Mais da metade deles se concentram na faixa acima de 50 anos, um dado alarmante, digno de atenção (IBGE, 2000).

Nesse contexto de discussão, diversos foram os motivos que desencadearam esse processo de não alfabetização ou não conclusão do ensino entre os idosos participantes da pesquisa, tais como: A demanda por ajuda nas atividades domésticas e do trabalho, motivos culturais, falta de interesse, proibição dos pais de irem à escola, dentre outros. Do ponto de vista cultural, devemos levar em consideração que as pessoas idosas nasceram e cresceram em um período no qual era difícil o acesso à educação. Sobretudo para as

mulheres que assumiam a função de cuidar do lar e da família, dando conta da reprodução da força de trabalho.

Em relação ao acesso à saúde, no Quaro 1 podemos observar a porta de entrada que cada pessoa idosa buscou para tratamento, refletindo a ineficiência da Atenção Básica, no que tange às ações referentes à promoção e prevenção da saúde, ao longo da vida das pessoas idosas, participantes da pesquisa. Na maioria das situações, o escasso [ou não] acesso à rede da Atenção Básica fez com que os primeiros atendimentos se realizassem na média ou alta complexidade, comprometendo ou mesmo inviabilizando a posição estratégica da Atenção Primária à Saúde (APS), que objetiva potencializar a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde.

Ao observamos a naturalidade e procedência (de Zona Urbana ou Rural), todos esses aspectos se entrelaçam e relacionam. Objetivamente, todos procedentes de Zona Rural não concluíram os estudos, realizaram trabalho braçal e vivenciaram dificuldades de acesso à rede de saúde. Para a nossa discussão, é importante sinalizar dados obtidos a partir da Pesquisa Nacional de Domicílios (PNAD, 2011), revelando que, do total da população de 40 a 60 anos, estimada em mais de 31 milhões de habitantes, 8,5% dos moradores do meio rural avaliam seu estado de saúde como ruim e muito ruim e 36,8% como regular. Em contraste, na área urbana, 6,3% avaliam seu estado de saúde como ruim e muito ruim, 29,1% como sendo regular e, os demais (64,6%), como bom e muito bom.

A partir dos resultados da presente pesquisa, podemos observar não só como o contexto social e econômico influenciam as questões que perpassam a saúde, mas também como corroboram os “movimentos da sociedade”, visto que o modo de produção capitalista e seus ideais vão influenciar todas as esferas do Ser social, agudizando as expressões da questão social. Nesse sentido, o modelo de produção vigente gera consequências, expressas no analfabetismo, na violência, no desemprego, na fome, no analfabetismo

político, na falta de leitos em hospitais, na falta de vagas em escolas, na discriminação do segmento velhos das populações, dentre outras.

Diante dessa realidade, segundo REIS (2008), as determinações sociais em saúde, entendidas como o processo através do qual os diversos aspectos da vida do indivíduo (trabalho, renda, relações familiares, condições de moradia, educação, acesso a serviços, dentre outros) vão influenciar e produzir seu estado de saúde, serão fundamentais para a entender a dinâmica da sociedade.

A partir da análise realizada nesse estudo, podemos observar as determinações sociais que influenciaram a trajetória de vida dos participantes da pesquisa e contribuíram para o seu adoecimento, tais como: a inexistência e/ou precariedade do acesso aos direitos fundamentais à construção da cidadania, como a educação, justificada pela dificuldade de acesso ao sistema educacional quando estas pessoas idosas tinham idade de escolarização. A entrada precoce no mercado informal de trabalho e a utilização da força de trabalho nos afazeres domésticos e na agricultura, dificultando sua entrada formal no mercado de trabalho por não dispor da qualificação exigida pelo mercado capitalista, condicionando a renda familiar necessária ao acompanhamento e tratamento de saúde. Além da inexistência de participação e inclusão nos espaços para o exercício do controle social. Pois nenhum dos entrevistados manifestou conhecimento sobre esses mecanismos e a sua importância para o exercício da cidadania.

Em síntese, ao refletir sobre as determinações sociais expressas nas respostas das pessoas entrevistadas, constatamos processos de negação de direitos, vivenciados pelos idosos participantes da pesquisa. Merecendo destaque, como foi visto, a falta de acompanhamento nos diversos níveis da atenção à saúde, de acesso à educação, longas e cansativas jornadas de trabalho, dentre outros aspectos merecedores de estudos mais aprofundados. Diante dessa realidade, com a oportunidade de realizar esta pesquisa, pudemos refletir acerca de como a história de vida (condições sociais) afetam as condições de saúde do indivíduo, enfatizando a necessidade das pessoas serem devidamente assistidas desde o início de suas vidas, bem como, das pessoas

idosas serem ouvidas a partir do ambulatório, antes que percam a sua autonomia e capacidade de dialogar sobre a própria vida ou o próprio processo de morte.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro, 2009. 592 p.

ARIÉS, Philippe. **Sobre a História da Morte no Ocidente Desde a Idade Média**. 9. ed. Lisboa: Teorema, 1981. 191 p.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 1 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 14 jun. 2018.

CARVALHO, Rafael Nicolau; ALVES, Carmen Silva; ARAÚJO, Roberta Cristina Xavier Silva. Política de Saúde e Serviço Social: Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social. In: III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3, 2007, Maranhão. **Anais**. São Luís: PPGPP, 2001. p. 1-8.

CFESS; CRESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. 82 p.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, jan. 2012 .

HADDAD. Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 29. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 380 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos Idosos Responsáveis pelo Domicílio**. 2000. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/2G5072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 20 maio 2015.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2010. Disponível em:

<<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/default.shtm>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

KRUGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 9, n. 10, dez. 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/Erica/Downloads/7-Kruger.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Tradução Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

MENEZES, Rachel Aisengart. **História dos Cuidados Paliativos**: uma Nova Especialidade Médica. São Paulo: USP, 2018. Disponível em: <<http://www.encontro2014.se.anpuh.org/resources/rj/Anais/2004/Simposios%20Tematicos/Rachel%20Aisengart%20Menezes.doc>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

MORE: Mecanismo online para referências. Versão 2.0. Florianópolis: UFSC Rexlab, 2013. Disponível em: <<http://www.more.ufsc.br/>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

NICODEMO, Denise; GODOI, Marilda Piedade. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 40-53, 2010.

NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. 2010. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/renastonline/sites/default/files/arquivos/recursos/Determina%C3%A7%C3%A3o%20Social%20da%20Sa%C3%BAde%20e%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2018.

PERES, Marcos Augusto de Castro. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Soc. estado**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 631-662, dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922011000300011&l=iso>. Acesso em: 4 jul. 2018.

REIS, Regina Sá dos. **O trabalho do assistente social frente à determinação social da saúde da criança**. 2008. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **O que são Cuidados Paliativos?** São Paulo, 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/1421326099_Folder_Online_SBGG_.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

TEXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital:** implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

VARELA, Marília. **Saúde e Enfermagem.** Rio de Janeiro: [s.n.], 2008.
Disponível em: <<http://www.ifcursos.com.br/sistema/arquivos/09-08-30-saudeeenfermagemap0stila.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

ANEXO

Quadro 1 - Relação entre o tempo de tratamento, acesso aos serviços de saúde, história do adoecimento dos participantes da pesquisa, análises e motivos

N	Idade Sexo Origem	Tempo de Tratamento	Entrada	Relato	Análise	Motivo
1	77 anos Feminino Z. Rural	05 anos	Urgência	“Nunca fez acompanhamento no posto de saúde e nem em qualquer serviço de saúde”.	Ausência de promoção e prevenção	Trabalho Casa Filhos
2	86 anos Feminino Z.Urbana	47 anos	Urgência	“Como não teve oportunidade de estudar não via a necessidade de ir ao médico e ao posto. ”	Ausência de promoção e prevenção	Falta de acesso à educação
3	64 anos Feminino Z.Urbana	03 anos	Emergência	“Por causa do trabalho não tinha tempo de cuidar da saúde”.	Ausência de promoção e prevenção	Trabalho
4	76 anos Masculino Z.Urbana	04 anos	Atenção Básica	“Descobriu a doença no acompanhamento do posto”.	Efetivação das ações de promoção e prevenção	Atuação do Posto de Saúde
5	92 anos Masculino Z.Urbana	02 anos	Urgência	“Internada/o várias vezes sem resolutividade”.	Ausência de promoção e prevenção e de atendimentos conclusivos	Falta de acesso à Atenção de Média e Alta Complexidade
6	75 anos Masculino Z.Rural	05 anos	Ambulatório	“Fumava, bebia, não tinha oportunidade de emprego, não terminou os estudos pela morte da mãe e necessidade de ajudar na renda da família”.	Ausência de promoção e prevenção	Hábitos prejudiciais a saúde, dificuldade de inserção no mercado de trabalho
7	79 anos Feminino Z.Rural	01 ano	Urgência	“Cuidava dos filhos e não tinha tempo e a cidade faltava recursos de saúde”.	Ausência de promoção e prevenção	Filhos, casa e ausência de recursos no município

8	93anos Feminino Z.Urbana	01 ano	Ambulatório	“ De um ano para cá, ela começou a ficar fraquinha, não conseguia ir no posto de saúde”.	Ausência de Atendimento Domiciliar.	Falha na cobertura da Unidade de Saúde da Família.
9	67anos Masculino Z.Rural	01 ano	Atenção Básica Médica Complexidade	“Acompanhado pela médica do posto, depois de muito pedir encaminhou ele para um especialista”.	Dificuldade de acesso à rede dos serviços de saúde	Falta de acesso à Rede de Atenção de Média e Alta Complexidade
10	86 anos Masculino Z.Rural	Não soube informar	Atenção Básica	“ Teve uma infância no sítio ajudando a família, procurou o médico pela primeira vez com 65 anos”.	Ausência de promoção e prevenção, falta de acesso a educação.	Procura tardia pelos serviços de saúde e falha nas ações propostas pelas Atenção Básica
11	87 anos Feminino Z.Urbana	07 anos	Urgência	“Ao longo da sua vida não fazia acompanhamento médico”.	Ausência de promoção e prevenção	Déficit de Atuação do Posto de Saúde
12	92 anos Masculino Z.Rural	01 ano	Ambulatório	“Não tinha o hábito de ir no posto e fazer acompanhamento no ambulatório”.	Ausência de promoção e prevenção	Déficit de Atuação do Posto de Saúde
13	88 anos Masculino Z.Rural	Não soube informar	Urgência	“Só procurava o médico quando estava doente”.	Ausência de promoção e prevenção	Déficit de Atuação do Posto de Saúde
14	74 anos Feminino Z.Urbana	06 anos	Atenção Básica	“Nunca fez preventivo, nem acompanhamento médico, só depois da gravidez”.	Déficit de promoção e prevenção	Déficit de Atuação do Posto de Saúde
15	77 anos Feminino Z.Urbana	27 anos	Ambulatório Urgência	“Acompanhada no ambulatório de geriatria, antes tinha dificuldade de marcar consulta com os especialistas necessários”.	Dificuldade de acesso à rede dos serviços de saúde	Déficit de Acesso à Rede de Média e Alta Complexidade