

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NEGRA E ACESSO À SAÚDE

NOEMI DE ALMEIDA CORRÊA

PORTO ALEGRE

2023

NOEMI DE ALMEIDA CORRÊA

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NEGRA E ACESSO À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Adulto Crítico.

Orientador(a): Rosana Maria de Lima
Co-Orientadora(a): Xenia Maria Tamborena de Barros

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

DE ALMEIDA CORREA, NOEMI
ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NEGRA E ACESSO À SAÚDE
/ NOEMI DE ALMEIDA CORREA. -- 2023.
59 f.
Orientadora: ROSANA MARIA DE LIMA.

Coorientadora: XENIA MARIA TAMBORENA DE BARROS.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde , Porto Alegre, BR-RS,
2023.

1. Envelhecimento. 2. População Negra. 3.
Determinantes de Saúde. I. DE LIMA, ROSANA MARIA,
orient. II. TAMBORENA DE BARROS, XENIA MARIA,
coorient. III. Título.

RESUMO

O presente estudo evidencia aspectos relativos ao envelhecimento da população, a partir do recorte étnico-racial. Para tanto, buscou-se entender como ocorre o acesso à saúde da população idosa negra, diante da atual conjuntura, onde as condições de vida da população e as determinações sociais, históricas e econômicas interferem nos modos de envelhecer e na garantia do direito à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde - SUS. O objetivo geral deste estudo consiste em conhecer os determinantes e condicionantes da saúde da população idosa negra que acessa o serviço de Emergência do HCPA, na cidade de Porto Alegre, a fim de contribuir na discussão sobre o envelhecimento e o direito à saúde desta população. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de nível exploratório. A amostra da pesquisa é composta por 15 entrevistados entre familiares ou pacientes em atendimento no Serviço de Emergência de um hospital do SUS. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2023. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas por meio presencial, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O material coletado foi transcrito e analisado por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). Os resultados obtidos foram sistematizados em três categorias que emergiram da análise, conforme segue: (a) Idosos negros que acessam o serviço de emergência: uma caracterização dos participantes da pesquisa; (b) Limites no acesso à Rede Intersetorial e (c) A centralidade do cuidado em saúde nas mulheres. Os dados apontam que o envelhecimento é heterogêneo e multidimensional, e as condições de vida e de saúde influenciam na perspectiva de se chegar à longevidade. As desigualdades raciais produzidas pelo racismo estrutural corroboram com as experiências e vulnerabilidades de quem envelhece. E ainda, pela importância de dar visibilidade às demandas da população negra idosa.

Palavras-chave: Envelhecimento; População Negra; Determinantes de Saúde.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	04
---	----

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
EC	Emenda Constitucional
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
DSS	Determinantes sociais da saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RIMS	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 Envelhecimento populacional	12
2.2 Determinantes e condicionantes sociais de saúde	14
2.3 Saúde da população negra	16
3. OBJETIVOS	19
3.1 Geral	19
3.2 Específicos	19
4. METODOLOGIA	20
4.1 Tipo de estudo	20
4.2 Local	20
4.3 População, amostra e critérios de seleção	20
4.4 Coleta de dados	21
4.5 Análise de dados	22
4.6 Aspectos éticos	22
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5.1 Idosos negros que acessam o serviço de emergência: uma caracterização dos sujeitos da pesquisa	24
5.2 Limites no acesso à Rede Intersetorial	30
5.3 A centralidade do cuidado em saúde nas mulheres	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS	53
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA	56
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP	58

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como tema o envelhecimento da população negra e o acesso à saúde. Pretende-se discutir sobre a relação entre o tema exposto e os determinantes e condicionantes sociais, sob a perspectiva da conjuntura social atual, que se caracteriza por crescentes níveis de desigualdade social, racismo estrutural e disparidade no acesso aos serviços.

A escolha do tema surgiu das reflexões realizadas a partir da observação dos pacientes atendidos na Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), da percepção de um número menor de idosos negros proporcionalmente aos idosos brancos e quais seriam as razões para tal. Questiona-se: será que é porque eles não chegam a envelhecer, não adoecem ou não conseguem chegar até o atendimento hospitalar? Há relação com as questões estruturais, de organização da sociedade que se baseou na escravidão e na violação de direitos desse segmento populacional? Outra questão importante foi a observação de um número inexpressivo de produções acadêmicas que aprofundem a temática envelhecimento com recorte étnico-racial e o acesso à saúde. Tal inquietação se dá pelo fato de que se trata de uma temática que necessita ser discutida, com vistas a dar visibilidade às necessidades específicas desse segmento populacional.

Para contextualizar esta proposta de reflexão, é importante elucidar sobre o espaço sócio ocupacional onde ocorreu a pesquisa. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), atua na assistência à saúde da população do Rio Grande do Sul desde 1971, trata-se de uma instituição pública e universitária que possui vínculo acadêmico com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). No âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, está localizado no nível da alta complexidade, pois utiliza avançados recursos tecnológicos, dispõem de equipes multidisciplinares qualificadas, a fim de produzir cuidado nos casos que demandam atendimentos e/ou intervenções mais complexas. Por se tratar de um hospital-escola, faz parte do processo de aprendizagem a prática profissional atrelada ao ensino em serviço. Nesse sentido, desde 2010, foi implementado o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), que busca integrar diversos programas e profissões relacionadas à área da saúde, como é o caso do Programa Adulto Crítico, que tem como cenário de prática a Emergência Adulto e o Centro de Tratamento Intensivo Adulto.

A concepção de Emergência é definida conforme a Resolução nº 1451/95, como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (BRASIL,1995). O

que se confirma através da estratégia de propor atendimentos resolutivos, tendo em vista os casos agudos e a necessidade de assistência imediata e adequada. Do mesmo modo, o Serviço de Emergência Adulto do HCPA, caracteriza-se por prestar atendimento 24h por dia a pacientes usuários do SUS, através do acolhimento de demandas que são avaliadas para possível atendimento de acordo com critérios de classificação de risco da Escala de Manchester, cujo objetivo é o atendimento prioritário a pacientes graves. Os casos que não se enquadram no perfil de atendimento estabelecido pela instituição, são referenciados aos demais níveis de assistência que compõem a Rede de Atenção à Urgência e Emergência no SUS, que foi instituída através da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, e se refere à “Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde”. Menciona, em seu artigo terceiro, as Redes Temáticas de Atenção à Saúde (RAS), conforme segue: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesta pesquisa, se evidencia os aspectos relativos à RUE por ser o cenário no qual este estudo se desenvolve. O intuito da Política Nacional de Atenção às Urgências é otimizar o atendimento em tempo oportuno. Ressalta-se que as demandas mais frequentes no HCPA são adultos em situações clínicas ou cirúrgicas agudas, idosos com doenças graves descompensadas, pacientes que internam por dificuldades com relação à adesão do tratamento, entre outras.

Com o avanço do envelhecimento populacional, os idosos tendem a acessar mais serviços de saúde e o conhecimento do perfil de hospitalização é imprescindível para o planejamento do cuidado em saúde. Trata-se de um aumento significativo de demandas na última década, pois em 2022 os idosos representaram 54% das internações no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), contra 47% em 2012. E segundo dados fornecidos pelo HCPA, ainda em 2022, esse segmento populacional representava 45% das internações hospitalares. Diante do exposto, evidencia-se a importância da pesquisa junto ao cenário de prática assistencial.

O atual cenário de aumento das demandas por serviços mais especializados corrobora com a sobrecarga dos serviços de alta complexidade, muitos deles, decorrentes da redução de investimentos públicos. Entre as possíveis causas, estão os entraves orçamentários decorrentes do congelamento dos recursos direcionados à saúde pelos próximos 20 anos, que tiveram início a partir de 2017 através da aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016. De acordo com Bento e Bacarau (2022, p.100): “com a Emenda Constitucional 95, alterações na CLT e previdência social, entre outros, favorecem os processos de precarização dos trabalhadores da área de saúde pública e conseqüentemente o desmonte do Sistema Único de Saúde”. O que se

torna evidente a partir do desfinanciamento da saúde é a falta de prioridade do poder público nos atendimentos do SUS, tendo em vista que a EC nº 95 desconsiderou as demandas de saúde, assim como o crescimento populacional. Cabe ainda destacar, que esse desmonte de direitos acentua a superlotação das emergências tornando imprescindível a necessidade de revisão desses limites orçamentários, considerando também a importância da ampliação do acesso à atenção primária e secundária com vistas a responder em tempo às necessidades de saúde da população.

Alia-se a isso, o acelerado processo de envelhecimento que ocorre no país, tendo em vista que tal transformação não foi acompanhada de adequado planejamento, pois trata-se de um país que teve sua construção materializada através da desigualdade social e racial, que incide sobre diversos segmentos da sociedade, entre eles, a população idosa negra. Em meio a esse contexto social e histórico, o racismo produz condições de adoecimento, pois se constitui como limitador de acesso a serviços de saúde e se manifesta de diferentes formas, como destacam Oliveira e Kubiak (2019, p.940) "a população negra apresenta piores indicadores sociais, possui menor nível de escolaridade e renda, menor acesso à saúde e serviços sociais, condições mais precárias de moradia e está inserida em piores posições de trabalho". Associa-se a este cenário "as condições socioeconômicas precárias nas quais grande parte da população negra se concentra também se constitui enquanto determinante em saúde" (Barbosa et al., 2021, p.357), que corroboram com as dificuldades enfrentadas no que se refere a acessibilidade a serviços e a adesão aos tratamentos propostos.

Para Ouverney e Noronha (2013, p.145). "esses processos, entretanto, se dão de maneira desigual entre regiões e grupos sociais, obrigando que o ordenamento da atenção à saúde dê conta dessa desigualdade em um país de dimensões continentais". Importante destacar, que as implicações e especificidades do envelhecimento demandam ações preventivas e estratégicas e é imprescindível conhecer quem são e como vivem aqueles que chegam à terceira idade, a fim de identificar as vulnerabilidades vivenciadas para pensar a oferta de serviços de saúde, que precisam se adaptar a transição demográfica em curso, assim como faz-se necessário, a efetivação das políticas públicas já existentes.

No entanto, segundo dados divulgados através de um informativo da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD, realizada pelo IBGE em 2019, os indicadores socioeconômicos, tais como: distribuição de renda, escolaridade, violência, moradia, entre outros, evidenciam que as condições de vida e o acesso a serviços possuem efeitos cumulativos para quem chega à terceira idade, pois refletem os níveis de desigualdade social e a forma como se compreende a realidade na qual a população idosa negra está

inserida, tendo em vista que historicamente esse segmento populacional teve sua trajetória marcada pelo racismo, exclusão social e pelas iniquidades no acesso à saúde.

Importante destacar que para essa pesquisa, são utilizados os termos: população negra ou negros, com base na categorização definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE, que remete a soma dos autodeclarados pretos e pardos (IBGE, 2010). Tal classificação também está prevista no Estatuto da Igualdade Racial, artigo 1º, inciso IV (BRASIL, 2010). A partir do reconhecimento da importância da discussão sobre o acesso à saúde da população negra, buscar-se-á, através deste trabalho, contribuir para o debate sobre a correlação entre as desigualdades históricas vivenciadas por esse segmento populacional e o impacto no processo de envelhecimento e de adoecimento. Nesse sentido, o presente estudo norteia-se pelo seguinte problema de pesquisa: Como se dá o acesso à saúde por parte da população idosa negra na cidade de Porto Alegre? E tem como questões norteadoras: Quem são os idosos negros atendidos na Emergência do HCPA? Quais são os serviços das redes inter e intrasetorial acessados pela população idosa negra? Quais os determinantes e condicionantes de saúde referidos pelos entrevistados?

Assim sendo, a partir da escassez de estudos sobre envelhecimento do ponto de vista étnico-racial, vê-se a urgência e a relevância da discussão sobre o acesso à saúde da população negra, pois as produções de conhecimento, formação e educação permanente de trabalhadores de saúde, estão previstos na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), entretanto, na prática ainda tem se mostrado pouco satisfatórias. E, como forma de reconhecer as iniquidades em saúde decorrentes das condições desfavoráveis em que a população negra vive, o Ministério da Saúde através PNSIPN, que por se tratar de uma política transversal, busca construir ações a fim de superar as desigualdades étnico-raciais, promover a saúde de forma integral e ampliar o acesso da população negra ao SUS, que ainda hoje enfrenta a barreira do racismo estrutural (BRASIL, 2017). Para tanto, é necessário a inclusão desta temática nos debates e mais pesquisas que investiguem partindo do recorte étnico-racial as demandas de saúde específicas e às doenças prevalentes que possam corroborar com os atendimentos e possibilidades diagnósticas e terapêuticas voltadas para esse segmento populacional.

Esta pesquisa tem como intuito através da socialização dos dados coletados possibilitar discussões no ambiente acadêmico e profissional sobre a necessidade desnaturalização do olhar condicionado que nem sempre identifica a ausência e a baixa representatividade da população idosa negra nos serviços de saúde e também por acreditar “que o silêncio torna ética e politicamente responsável pela manutenção do racismo”

(Almeida, 2021, p. 52). Com este estudo, pretende-se reafirmar a importância do acesso a serviços de saúde, a necessidade de se discutir sobre o racismo estrutural e as sequelas na população negra assim como, a sensibilização das equipes nos atendimentos, para que os idosos negros se sintam pertencentes aos mais diversos espaços de assistência à saúde e tenham o seu direito garantido. Para tal enfrentamento, é imprescindível o esforço conjunto de gestores, de trabalhadores e da sociedade civil para garantir direitos, considerando as perversidades raciais no cotidiano das pessoas e seu impacto nas condições de saúde (Silva et al., 2020, p.7).

2. REVISÃO DA LITERATURA

Nesse item será realizada uma breve revisão literária, que norteou a pesquisa. Foram eleitas três categorias explicativas da realidade: Envelhecimento populacional; Determinantes e condicionantes sociais de saúde; Saúde da população negra.

2.1 Envelhecimento populacional

A legislação brasileira de proteção da população idosa, ou seja, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) considera idoso pessoas com 60 anos ou mais, em consonância com a Organização Mundial da Saúde - OMS, que utiliza essa mesma definição para países em desenvolvimento. Em países desenvolvidos é considerada idosa a população com 65 anos ou mais.

Em vista disso, o que se percebe é que o envelhecimento é socialmente construído e a forma de experienciá-lo está diretamente relacionada ao contexto nos quais os idosos estão inseridos, pois de acordo com Oliveira (2019 p.71), “nos países desenvolvidos, primeiro houve a melhoria das condições de vida e só depois o envelhecimento da população”. Nesse aspecto, o que se observa é que nos países desenvolvidos a transição demográfica ocorre de forma mais lenta, o que possibilita ser acompanhada do aumento do crescimento econômico, declínio da fecundidade e de melhorias na qualidade de vida dos idosos no que se refere à acesso a serviços, rede de apoio e cuidados essenciais. Nos países considerados em desenvolvimento, como o Brasil, a mudança etária que ocorre rapidamente deveria ser acompanhada de um planejamento que atenda às necessidades da população, mas o que se percebe é que por aqui, o ritmo do envelhecimento não foi seguido pelo desenvolvimento socioeconômico.

Para alguns autores, dentre eles Simões (2016), há outros indicadores que corroboram com a mudança na dinâmica populacional frente o envelhecimento, entre eles destaca-se: o desenvolvimento social, educacional, queda na mortalidade infantil, acesso a meios de comunicação como rádio, televisão, internet e a serviços de saúde e de infraestrutura urbana, aspectos estes, que merecem significativos investimentos e constante manutenção, para que possam construir um ambiente que promova a vida e o bem estar dos idosos. Dessa forma, o avançar da idade também trouxe consigo dificuldades, que exigem da sociedade civil, do Estado e da família, a organização de estratégias para atendimento das demandas por acesso à

saúde pública, garantia de direitos, exigindo constantes articulações e atenção por parte de todos os envolvidos.

Segundo o Censo de 2022, houve um crescimento significativo da participação das pessoas autodeclaradas pretas (10,6%) e pardas (45,3%), ou seja 55,9% da população brasileira atualmente se reconhece negra. Enquanto isso, o Brasil chegou a marca de 203,1 milhões de pessoas em 2022, a parcela de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 11,3% para 15,6%. O Rio Grande do Sul é o estado com maior crescimento do número de idosos, atualmente cerca de 20,15% da sua população tem 60 anos ou mais. Essa perspectiva reforça as estimativas da rápida transição demográfica que está em curso no país. Conforme os novos dados do IBGE coletados no Censo de 2022 e divulgados em dezembro de 2023, a região Sul do país concentra a maior porcentagem de população branca, cerca de 72,6% e o Rio Grande do Sul é o estado com maior proporção de brancos com 78,4%, já os autodeclarados negros que aqui vivem são apenas 21,2%. Diante desse cenário, constata-se que as mudanças na sociedade, refletem na conquista da longevidade que traz consigo benefícios, mas também desafios. Para Ottoni (2020, p.59), “o crescimento da população idosa gera uma série de alterações na sociedade, relacionadas ao setor econômico, ao mercado de trabalho, aos sistemas e serviços de saúde, às relações familiares e a demanda de políticas públicas voltadas para esse segmento populacional”. Certamente, o envelhecimento requer planejamento e proteção social, e cabe destacar que o Estado tem o dever de assegurar a assistência à saúde do idoso, conforme está previsto no Estatuto do Idoso, Art. 15:

É assegurada a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente às pessoas idosas (BRASIL, 2003).

No entanto, para que se possa ampliar a qualidade de vida deste segmento é imprescindível disponibilizar recursos e atendimentos para que esta condição se efetive, porém, em virtude dos limites impostos pelo contexto econômico e político vigente, percebe-se que, o desafio para a consolidação da garantia de direitos que atendam as mais diversas demandas dos idosos está no fato da falta e na gestão de recursos, da construção e planejamento de ações de promoção e proteção à saúde do idoso, pois em muitas regiões “as unidades de saúde frequentemente não possuem recursos suficientes, como medicamentos, equipamentos e profissionais de saúde em número adequado, o que dificulta o acesso aos cuidados de saúde (Oliveira, 2023, p.9).

No Brasil, a mudança no padrão etário se tornou um desafio, pois o Sistema de Seguridade Social não tem acompanhado o aumento das demandas por políticas e serviços. De acordo com Teixeira (2018, p.136), as mudanças ocorridas nos últimos anos são “um retrocesso e desmonte de direitos conquistados”, pois essas determinações gerais se acentuam com a precarização dos sistemas de proteção estatal e do congelamento de investimentos públicos em saúde e educação, reforçados pelo teto dos gastos públicos que acarretaram no empobrecimento das famílias e nas condições de sobrevivência dos idosos.

Nessa perspectiva, entende-se que o desenvolvimento da sociedade contribuiu para ampliar o acesso às novas tecnologias, houve avanço das pesquisas no campo da medicina e da indústria de fármacos. Tais medidas possibilitaram viver mais, entretanto, essas conquistas nem sempre são acompanhadas de qualidade de vida, devido à dificuldade que o idoso enfrenta, especialmente o idoso negro, para ter as suas necessidades atendidas neste cenário de crise estrutural contemporânea.

2.2 Determinantes e condicionantes sociais de saúde

Como já foi destacado anteriormente, entende-se que a saúde não é um processo isolado, é permeada por diversos determinantes sociais, que estão previstos no artigo 3º da Lei nº 8.080/90,

[...] tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Na perspectiva da concepção ampliada de saúde, o não acesso a serviços, benefícios e direitos influencia diretamente na qualidade de vida e na possibilidade da população de chegar à longevidade. Para tanto, entende-se que os determinantes sociais da saúde (DSS) estão relacionados e interferem na saúde da população, ou seja, o processo saúde-doença é pré-determinado socialmente. Segundo Buss e Pellegrini (2007), os DSS possuem várias definições. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) salienta que os fatores que o compõem estão relacionados aos aspectos sociais, econômicos, culturais, étnicos-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a prevalência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS), adota a definição um pouco mais objetiva, refere que está relacionado às condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. O que na conjuntura nacional, é relevante

destacar o quanto os impactos dos determinantes sociais corroboram com os agravos em saúde e as internações hospitalares.

Desse modo, constata-se que a organização societária não acompanhou o avanço do envelhecimento e o não acesso a direitos fundamentais terão repercussão na vida dos idosos, em especial os negros. A desigualdade social no país deixa visível que nem todo idoso terá acesso às mesmas oportunidades e meios para envelhecer com qualidade de vida. Fato este, que reforça a condição de acesso a serviços básicos mediante a disponibilidade de recursos financeiros para adquiri-los. Observa-se que, de acordo com o pertencimento a determinada classe social, tem-se a apropriação ou exclusão do acesso a recursos. Para Barros e Brancos (2017) há em diversas pesquisas temáticas referentes à economia, educação, saúde, com variáveis como classe social, escolaridade, renda, cor/raça, idade, gênero, natalidade e mortalidade, evidências que apontam o segmento negro na base da pirâmide, relatando que o racismo e a discriminação social podem ter um impacto negativo durante o envelhecimento.

Considerando a complexidade das demandas de saúde, compreende-se a importância da integralidade, um dos princípios do SUS, que visa diminuir o risco de doenças através da promoção, prevenção e recuperação em saúde (Nunes, 2019). Para tanto, devem ser garantidas as condições básicas para se viver com dignidade, assim como faz-se necessário a articulação e integração de serviços, tendo em vista a sua perspectiva de transversalidade.

A partir da compreensão de que o envelhecimento humano possui uma dimensão multifatorial e as diferentes condições de vida evidenciam a forma como se vivencia cada fase, entende-se que o processo saúde doença é atravessado por questões socioeconômicas e estruturais, tendo em vista que reconhecer o racismo como um determinante social dos processos de saúde e doença pode ser um indicador importante da maturidade das instituições no enfrentamento das desigualdades que têm relação com a raça/cor (Rabelo et al., 2018). A população idosa negra, vivencia os efeitos e desvantagens da desigualdade social ao longo da vida, e aqueles que conseguem chegar à terceira idade, são sobreviventes de múltiplas violações de direitos, da disparidade de oportunidades, da ausência de representatividade nos espaços públicos e de poder, acrescenta-se a essa realidade, o racismo que é um dos principais fatores das iniquidades em saúde e elemento estruturante da sociedade brasileira. Para Almeida (2021, p. 16) “o racismo é sempre estrutural, ou seja, integra a organização econômica e política da sociedade de forma inescapável”.

Nesse processo, ao demarcar sutilmente espaços sociais pela cor da pele, o país construiu uma sociedade que alija os idosos negros de ter acesso a qualidade de vida e da possibilidade de envelhecer com dignidade. Embora se reconheça alguns avanços decorrentes

de políticas públicas e de reparação social, não se pode esquecer que o racismo se perpetua, pois “como processo histórico e político, cria as condições sociais para que, direta e indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática” (Almeida, 2021, p.51). Desse modo, a sociedade mantém a reprodução de um ciclo de restrições socioeconômicas, onde raça/cor são marcadores determinantes de violações de direitos que impactam na longevidade.

2.3 Saúde da população negra

No Brasil, a saúde foi definida como direito fundamental a partir da Constituição Federal de 1988 (artigo 196) e desde então, o Estado passa a ser o principal responsável por criar políticas públicas que garantam que esse direito seja assegurado e a partir da implantação do SUS a população brasileira passou a ter acesso à saúde de forma gratuita, integral e universal. Nesse sentido, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) estabelece que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. É importante ressaltar que saúde não se restringe apenas a ausência de doenças, mas que se relaciona com as condições e modos de viver da população. É socialmente determinada através da falta de acesso à educação, assistência, moradia, saneamento básico entre outros determinantes sociais. Sob essa ótica, o avanço da longevidade foi consolidado devido às importantes ações de promoção e proteção de saúde, que corroboraram com o aumento da expectativa de vida da população no país, mas que também requerem novas adequações da política de saúde para o atendimento da população que envelhece.

Nesse sentido, o processo de envelhecimento trouxe consigo novas e específicas demandas na área da saúde, e no contexto de busca por melhores condições de vida desse segmento, foi criada a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo 1 do Anexo XI, em que consta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cujo objetivo visa promover ações em saúde que contribuam com a autonomia e a independência dessa faixa etária, tendo como norte de atuação e respaldo os princípios do SUS.

Como estratégia de combate às desigualdades no acesso aos serviços públicos de saúde, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo 1 do Anexo XIX, em que consta Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, que tem como objetivo promover a saúde da população negra de forma integral, assim como, propor ações de promoção e

prevenção, atenção e tratamento para as doenças de maior prevalência nesse segmento populacional, que são (anemia falciforme, diabetes mellitus, hipertensão arterial, deficiência de glicose 6 - fosfato desidrogenase). Tal política busca superar as iniquidades em saúde que são reflexos da desigualdade social e racial e do racismo institucional, elementos estruturantes da sociedade brasileira.

No ano seguinte, em 2010, buscou-se reforçar a visibilidade da questão racial e o impacto na saúde sob a perspectiva de direito através da criação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/10), que determina, dentre outras medidas: financiamento de pesquisas e produção científica sobre saúde da população negra; coleta de dados que permitam controlar a incidência de enfermidades sobre esta população; inclusão da temática sobre saúde e racismo na formação dos trabalhadores da saúde; presença de lideranças negras nas instâncias de participação e controle social do SUS entre outras. Ou seja, a sociedade historicamente garante condições de reprodução de violações de direitos e naturalização das desigualdades que emergem de uma estrutura racista (Severo, 2019). Sendo assim, faz-se necessário construir estratégias que possam romper com os privilégios estabelecidos, a fim de produzir conhecimento que possa gerar ações capazes de aumentar a longevidade e a qualidade de vida do idoso negro e combater a discriminação étnico-racial em todos os espaços institucionais, serviços e atendimentos ofertados pelo SUS.

Entretanto, ainda há muito a ser feito, pois: “as desigualdades raciais determinam o acesso aos serviços de saúde e limitam o cuidado. Por intermédio do racismo, as desigualdades são causadoras de doenças e agravos que resultam nas iniquidades raciais em saúde” (Goes; Nascimento, 2013, p. 578). De acordo com os dados da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, cerca de aproximadamente 67% dos usuários que dependem exclusivamente do SUS se autodeclaram negros, ou seja, embora seja um sistema universal, há importante representatividade étnico-racial no acesso aos diversos serviços oferecidos no campo da saúde. Nesse sentido, há evidências de que a relação entre o acesso à saúde e o percurso de vida da população, o lugar que ocupam na sociedade determinam trajetórias desiguais que repercutem nas formas de viver (qualidade de vida) e na possibilidade ou não, de desfrutar do bônus da longevidade.

Por fim, tem-se o desafio de efetivar a promoção da equidade em saúde, entendida como direito humano e reforçada pela implantação da PNSIPN, cuja perspectiva é transversal e reconhece o racismo e os determinantes sociais como entraves no acesso a serviços públicos e a garantia de direitos. Para Anunciação et al. (2022, p.3861): “a promoção do cuidado, a redução das iniquidades e a qualidade da atenção à saúde precisam passar por mudanças em

várias dimensões, como o fortalecimento do SUS e o combate cotidiano ao racismo estrutural e institucional”. Diante disso, ressalta-se que este estudo buscou compreender a realidade dos idosos negros atendidos no serviço de emergência e portanto, reforça a importância de se discutir e publicitar dados e análises interseccionais a partir do recorte étnico-racial a fim de, contribuir para a construção de novas políticas públicas e qualificação das que já existem, com vistas a atender a partir do princípio da integralidade, a população negra que envelhece.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Conhecer os determinantes e condicionantes da saúde da população idosa negra que acessa o serviço de Emergência do HCPA, na cidade de Porto Alegre, a fim de contribuir na discussão sobre o envelhecimento e o direito à saúde desta população.

3.2 Específicos

- Caracterizar a população idosa negra atendida na Emergência do HCPA;
- Identificar as redes inter e intrasetorial de serviços acessadas por esse segmento populacional;
- Descrever os determinantes e condicionantes da saúde de acordo com a perspectiva dos entrevistados.

4. METODOLOGIA

Este item, destina-se a detalhar o percurso metodológico a ser seguido durante o estudo.

4.1 Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. Nesse sentido, esse tipo de pesquisa:

Trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais aprofundado das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (Minayo, 2001, p. 21).

A escolha da natureza da pesquisa é com base no entendimento de que a narrativa do contexto social e histórico vivenciado marcam, determinam ou contribuem para as singularidades da população idosa negra (Gil, 2002).

4.2 Local

O espaço delimitado para a realização deste estudo foi o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4.3 População, amostra e critérios de seleção

A população do estudo foram os pacientes autodeclarados negros, em atendimento na Emergência do HCPA. A amostra é não-probabilística intencional pois “[...] o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção, etc), de determinados elementos da população, mas não representativos dela [...]” (Marcony; Lakatos, 2002, p. 52).

Para Minayo (2017, p.10) “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo.” Nesse sentido, foram entrevistados 15 pacientes, com utilização da técnica de saturação de dados. Ressalta-se que o objetivo da pesquisa “[...] não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm” (Martinelli, 1999, p. 24).

Foram adotados como critérios de inclusão:

- Paciente com idade igual ou superior a 60 anos;
- Paciente autodeclarado negro, conforme dado constante no cadastro administrativo do HCPA (AGHUSE);
- Paciente domiciliado em Porto Alegre;
- Paciente com tempo de permanência no Serviço de Emergência superior a 24 horas;
- Paciente lúcido e orientado que se disponibilizou a participar de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Se o paciente estivesse impossibilitado de responder, a entrevista poderia ser realizada com o familiar de referência que estivesse acompanhando a internação.

Como critérios de exclusão foi considerado:

- Sentimento de incômodo em dialogar sobre a temática;
- Paciente com prognóstico desfavorável, fora de possibilidades terapêuticas.

4.4 Coleta de dados

Inicialmente, foram identificados os pacientes idosos com tempo de permanência no Serviço de Emergência superior a 24 horas, através da Lista de Pacientes da Emergência, pelo AGHUse. Destes, foram revisados os cadastros HCPA, para identificar se o paciente se autodeclara negro e qual a cidade de domicílio.

Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com questões abertas e fechadas (APÊNDICE C). As entrevistas foram gravadas, mediante autorização do entrevistado, e posteriormente transcritas. As informações ficarão armazenadas em arquivos digitais pelo período de 05 anos e depois serão destruídas. Diante do momento pandêmico causado pela COVID-19 e mediante as orientações institucionais, a entrevista ocorreu na sala de uso da equipe multiprofissional da Emergência, respeitando o distanciamento entre pesquisadora e participante, bem como, uso obrigatório de máscaras.

4.5 Análise de dados

Como metodologia para analisar os dados coletados, foi utilizada a análise de conteúdo, que de acordo com Bardin, trata-se de

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (Bardin, 2016, p. 42).

Nessa perspectiva, a análise de conteúdo é composta por três fases. Como primeira etapa da análise de conteúdo, tem-se a fase de pré-análise, onde é realizada a leitura geral do material, são organizados os documentos relevantes a partir das informações obtidas nas entrevistas para que se possa sistematizá-las adequadamente a fim de responder ao problema de pesquisa. Na sequência, tem-se a exploração do material, através do procedimento de codificação e categorização do estudo, onde os dados brutos são organizados, recortados, enumerados e/ou agregados em unidades de registro com características em comum, de forma que se tornem pertinentes ao estudo. E por fim, a terceira fase, que diz respeito ao tratamento, a inferência e a interpretação dos dados obtidos, a partir de uma leitura para além do aparente. (Bardin, 2016).

4.6 Aspectos éticos

A coleta de dados foi iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA) e mediante a assinatura, em duas vias (uma para o pesquisador e outra para o entrevistado) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). O consentimento poderia ser cessado a qualquer momento no decorrer da pesquisa, sem danos ou prejuízos aos participantes. Além disso, foram atendidos os pré-requisitos constantes na Lei Geral de Proteção de Dados, nº 13.709 de 14 de agosto de 2018. Salienta-se o respeito e a observância dos critérios éticos estabelecidos para esta pesquisa conforme as Resoluções nº 510 (BRASIL, 2016) e a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Desta forma, não haverá identificação dos participantes.

Não foram oferecidos riscos para a participação na pesquisa, contudo, cabe reforçar que caso ocorresse possíveis desconfortos, como o tempo de duração da entrevista, ou então,

aspectos que envolvessem o conteúdo nas perguntas, os participantes poderiam cessar a entrevista a qualquer momento. A pesquisa não trará benefícios diretos ao participante, porém, possibilita a oportuna reflexão e expansão do conhecimento sobre a temática, bem como, fomenta a apreensão teórico prática, na medida em que pode vir a elencar subsídios às práticas assistenciais tensionadas neste contexto de atuação. Demandas sociais identificadas durante a realização das entrevistas e que demandem continuidade de acompanhamento social foram encaminhadas, pelas pesquisadoras responsáveis, para equipe de Serviço Social que atua no Serviço de Emergência HCPA. Pretende-se socializar as informações e reflexões realizadas neste trabalho através da publicação de artigo científico.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através deste estudo foram sistematizados em três categorias, que emergiram na análise e foram identificadas como: (a) Idosos negros que acessam o serviço de emergência: uma caracterização dos sujeitos da pesquisa; (b) Limites no acesso a Rede Intersetorial e (c) A centralidade do cuidado em saúde nas mulheres. Nesse sentido, a seguir serão apresentadas e discutidas as categorias, tendo como base as determinações étnico-raciais e o contexto histórico-social em que estão inseridos os participantes do estudo. As entrevistas foram transcritas e no decorrer do texto os participantes foram identificados como A1, A2 e assim sucessivamente, em ordem crescente, para manter a confidencialidade. Os dados sociodemográficos foram tabulados em uma planilha do Excel.

5.1. Idosos negros que acessam o serviço de emergência: uma caracterização dos sujeitos da pesquisa

Cabe contextualizar que os participantes desta pesquisa são descendentes de pessoas negras escravizadas. Segundo Gomes (2019, p. 31), “a escravidão acabou em 1888, porém, os negros “nunca tiveram acesso a terras, bons empregos, moradias decentes, educação, assistência à saúde e outras oportunidades disponíveis para os brancos””. Nesse sentido, é imprescindível relembrar que o Brasil foi o último país das Américas a abolir a escravatura.

Sob essa perspectiva, a população negra que chega à terceira idade pode ser considerada sobrevivente. Segundo dados coletados pelo 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2023, em cerca de 76,9% dos homicídios, as vítimas são negras, do sexo masculino e com idades entre 12 a 29 anos. O risco de um homem negro ser assassinado por arma de fogo é 3,5% maior, de acordo com pesquisa realizada em 2022 pelo Instituto Eu sou da Paz. A partir disso, o texto do Anuário ressalta que “os negros são o principal grupo vitimado pela violência independente da ocorrência registrada, mas chegam a 83,1% das vítimas de intervenções policiais” (Bueno et al., 2023, p. 31).

O Brasil é o terceiro país do mundo com maior população carcerária e a seletividade penal tem cor, pois a população negra encarcerada corresponde a 68,2%. São detentos do sexo masculino, têm idade entre 18 a 24 anos e são mantidos sob condições adversas, sem a ampla garantia de direitos. Conforme menciona o texto do Anuário: “estamos diante dos atravessamentos do racismo estrutural que opera como um fator determinante na política

prisional brasileira, dela sendo integrante” (Bueno et al., 2023, p.308). Ou seja, o sistema de justiça tem reproduzido padrões discriminatórios e naturalizado a desigualdade racial.

No Brasil, a pandemia causada pelo Coronavírus e suas variantes também marcou corpos negros. Desse modo, é preciso considerar os impactos da Covid, no que se refere às internações da população negra:

Na proporção de hospitalizações e óbitos por COVID-19, observa-se que inicialmente nos brancos o percentual de internações e mortes foi maior quando comparado aos negros. Entretanto, no decorrer das semanas epidemiológicas, identifica-se uma redução da proporção de óbitos e hospitalizações entre brancos. Em contrapartida, os óbitos e hospitalizações na população negra aumentam. Verifica-se também que em negros há uma baixa proporção de hospitalização, quando em comparação com a proporção de óbitos, o que sinaliza desigualdades no acesso a serviços de saúde e maior vulnerabilidade populacional (Oliveira et al., 2020, p. 8).

À vista disso, no Rio Grande do Sul, um grupo de pesquisadores do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Federal do Rio Grande - FURG publicou um artigo sobre uma pesquisa realizada no período do ano de 2020 que demonstra a disparidade étnico/racial nas mortes por Covid-19. O estudo refere que em Porto Alegre/RS, o índice de mortalidade entre pretos foi de 312,3 mortes por 100 mil habitantes, muito mais expressivo que os dados de óbitos entre brancos (169,6 mortes por 100 mil habitantes). Os dados demonstram que o lugar social ocupado na sociedade contribui para o adoecimento e a maiores riscos de contrair diversas doenças, entre elas, o Coronavírus pois, “a população negra, presente nos mais precários territórios, atividades laborais e desproteção social, segue negligenciada, desamparada e ainda mais suscetível à morte pela Covid-19” (Batista, 2021, p.2).

A pesquisa Nascido no Brasil II, da FioCruz, realizada de 2020 a 2022, aponta que as mulheres negras têm pré-natal com menor número de consultas e exames, maior peregrinação para parir e recebem menor aplicação de analgesia, entre outros fatores, que escancaram a violação de direitos. Tais evidências apontam para práticas discriminatórias no que se refere ao acolhimento, atenção e cuidado adequado a população negra, bem como a não efetivação da PNSIPN que reforça a necessidade de ações como a capacitação dos profissionais de saúde para atender de forma sensível, sem discriminação que visem a garantia de acesso a atendimentos, tecnologias e medicamentos para esse segmento.

Os dados descritos pelos estudos mencionados são essenciais para entender que existem singularidades que demarcam, a partir da cor da pele, a qualidade de vida que os idosos negros terão, caso ultrapassem as seis décadas de vida. Nesse sentido,

O processo de envelhecimento não é um processo homogêneo, ricos e pobres não o vivenciam da mesma forma, quanto mais subalterna for a posição na classe trabalhadora, quer seja, quanto maior for a vivência da pobreza, mais difícil é a vivência do processo de envelhecimento (Ilka, 2018, p.2).

O que corrobora com a assertiva de (Paiva et al., 2023, p.20) de que:

[...] A interseccionalidade entre a questão racial e a velhice é imprescindível para que possamos compreender que o processo de envelhecimento, não obstante ser um direito, sofre as determinações das relações sociais de produção e reprodução de vida [...].

Com base nesse pressuposto, buscou-se entender, através deste estudo, quem são e como vivem os idosos negros que sobrevivem e vivenciam cotidianamente os reflexos desse contexto histórico, que ainda se perpetuam, embora passados 135 anos de abolição, deixando marcas e disparidades diversas entre brancos e negros. Nesta perspectiva, o legado geracional deixado pela escravidão à população negra, corrobora para que esse segmento populacional siga encontrando dificuldades no acesso a direitos básicos e oportunidades. Tais barreiras são decorrentes do racismo estrutural integrante das relações socioeconômicas e estruturador das relações sociais (Almeida, 2021).

Considerando os aspectos já mencionados, colaboraram com a pesquisa 15 idosos autodeclarados negros, sendo 09 do sexo masculino e 06 do sexo feminino; a faixa etária variou de 61 a 83 anos, com maior concentração na faixa de 70 a 80 anos. Em relação à situação civil, a maioria dos entrevistados são casados e a religião predominante é a católica (08). Sobre a taxa de fecundidade, o número de filhos de 09 participantes varia entre 03 a 04 filhos.

A tabela a seguir apresenta algumas características dos entrevistados:

TABELA 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Variável	n
Sexo	
Feminino	06
Masculino	09
Distribuição Etária	
60 a 70 anos	06
71 a 80 anos	07
81 a 90 anos	02

Situação Civil	
Solteiro (a)	04
Casado (a)	07
União Estável	02
Viúvo (a)	02
Escolaridade	
Não alfabetizado	0
Ensino Fundamental incompleto	11
Ensino Fundamental completo	02
Ensino Médio completo	02
Número de filhos	
Não teve filhos (as)	01
01 filho (a)	03
02 filhos (as)	02
03 filhos (as)	05
04 ou mais filhos (as)	04
Faixa de renda	
01 salário mínimo	07
02 salários mínimos	07
03 salários mínimos	01
Religião	
Sem religião	03
Católico	08
Evangélica	03
Religião de Matriz Africana	01

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir dos dados coletados durante a pesquisa.

Durante o desenvolvimento do estudo e, por meio de consultas à lista de pacientes da emergência, entre os meses de agosto a outubro, dos 1645 prontuários revisados durante o desenvolvimento do estudo, identificou-se que apenas 231 se autodeclararam negros, ou seja cerca de 14%. No entanto, nem todos estavam dentro dos critérios de inclusão estabelecidos para este trabalho, pois muitos residiam na região metropolitana e interior do estado. Cabe ressaltar a importância da implementação da auto declaração nos sistemas de saúde que além de fomentar indicadores que deverão subsidiar políticas públicas, o reconhecimento desses dados deve potencializar a ressignificação identitária e o pertencimento racial da população negra deste país. Espera-se que a partir da coleta raça/cor se possa conhecer e dar visibilidade às demandas e especificidades desse segmento populacional o que “contribui para o planejamento de ações no enfrentamento das doenças que apresentam maior prevalência na população negra” (Da Conceição et al., 2023, p.6306).

Todos os entrevistados relataram residir em bairros periféricos de Porto Alegre, o que evidencia como é determinado historicamente o lugar social destinado aos negros nas grandes cidades (MORAES, 2018). Essa população tornou-se invisível e ao não receber amparo estatal após a abolição, precisou ocupar bairros afastados do centro, pois como recorda Gonçalves (2018, p.518) “egressos (as) das senzalas, foram encurralados (as) nas áreas mais precárias para fincar suas moradias, constituindo as primeiras aglomerações de favelas [...]”. E o que se percebe é que ainda hoje, o principal local de moradia destinado à população negra são os espaços urbanos de difícil acesso, distantes e com poucos recursos. Como menciona o entrevistado:

“[...] ela tem uma cadeira de rodas meio estragadinha, pra tirar ela de casa e botar no carro dá, eu até fiz uma rampa que o pátio lá é um buraco assim, mas tem muita subida, tem que fazer uma força tem rampa, eu vou sozinho, o que eu sofro. Uma vez eu derrubei ela, ela se assustou e se atirou pro lado e veio com tudo e é alto, do lado de cá é um muro e do outro lado é um barranco e eu tenho medo de altura [...]”(A10).

Todos os idosos abordados relataram possuir baixa escolaridade, a maioria não conseguiu concluir nem mesmo o ensino fundamental. Fato este que contribui para a dificuldade de ascensão e mobilidade social, embora esteja previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1988, p. 123) no artigo 205, que “a educação é direito de todos”, ou seja, independentemente de classe social e raça/cor. O que se observa a partir dos últimos dados disponibilizados pela nova Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (IBGE, 2022), é que ainda existem cerca de 23,3% dos idosos negros que não foram alfabetizados e só 47% dos negros do país com idade maior que 25 anos, conseguiram concluir o ensino médio.

Do exposto, compreende-se que é necessário ter um olhar longitudinal e pensar o envelhecimento da população negra a partir do entendimento da vivência de um ciclo de desvantagens cumulativas, tendo em vista que:

Os idosos negros apresentaram predominantemente baixa renda, baixa escolaridade, maior índice de analfabetismo, vivendo em arranjos domiciliares multigeracionais ou mistos, e com renda familiar percebida pelos próprios idosos como insuficientes para suas necessidades (Rabelo et al. 2018, p.198).

Acredita-se que um dos fatores que limitam o acesso à educação básica é a necessidade de trabalhar desde cedo para contribuir com os rendimentos da família, como é o caso do entrevistado A5, que em sua fala compartilhou sua aproximação tardia com a educação:

“[...] imagina com 68 anos eu fui fazer o EJA, então eu só tenho dos 68 anos aos 73 anos que eu estudei, é só o que sei, antes eu fui aprendendo a ler e escrever ao longo da vida. Anos atrás era muito difícil o acesso ao estudo, quem tinha oportunidade tinha, quem não tinha, não tinha nada e eu precisava trabalhar e precisava me manter [...]”. (A5)

Como refere (Rabelo et al. 2018, p.196):

As condições socioeconômicas constituem-se enquanto recursos e desempenham papel importante para o bem-estar na velhice. Baixo nível de escolaridade e baixa renda são indicadores de vulnerabilidade social, que têm efeitos cumulativos prejudiciais ao longo da vida [...].

Desse modo, observa-se que por não ter acesso aos espaços educacionais e não conseguir concluir a escolaridade básica os idosos negros recebem salários menores e hoje sobrevivem com baixas remunerações, insuficientes para atender as demandas da manutenção da vida e da saúde como evidencia a fala: *“[...] às vezes eu não tenho dinheiro, é muito remédio, a gente vive pra pagar remédio [...]” (A16)*. A maioria dos entrevistados vivem com rendimentos entre 01 a 02 salários mínimos (14 entrevistados) e apenas 01 idoso recebe 03 salários mínimos. Percebe-se que as condições de vida se inter-relacionam, tornando um desafio ser idoso negro no Brasil, pois tais aspectos são evidenciados, reforçados e se materializam através das falas dos entrevistados. O que pode ter contribuído para que esse segmento populacional enfrentasse inúmeras barreiras ao longo da vida, pois teve poucas oportunidades de ascensão social. Segundo Santos (2020, p.225): “as desigualdades sociais

colocam populações em situações mais precárias de adoecimento e morte, sendo distinto o impacto de acordo com o lugar ocupado pelos grupos populacionais na estrutura social”.

Ao pensar no envelhecimento da população negra é fundamental atentar-se que, historicamente, esse segmento experienciou um contexto de oportunidades desiguais ao longo de todo seu ciclo de vida. De tal modo que, o racismo estrutural se constitui como o principal pano de fundo das desigualdades históricas, políticas, sociais, jurídicas e econômicas que reiteram uma série de desvantagens enfrentadas pelos negros que resistem e sobrevivem neste país (Almeida, 2021). E, em decorrência dessa realidade (Whitehead, 1992 *apud* Rodrigues 2021, p.488), discute que as "iniquidades em saúde referem-se às diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas". Desse modo, os dados sobre as características dos entrevistados evidenciam que as iniquidades no acesso à saúde e a serviços diversos, tem relação com o racismo estrutural arraigado no Brasil, que privilegia determinado grupo (brancos) em detrimento de outro (negros), inviabilizando a garantia de direitos essenciais a quem chega à terceira idade.

5.2 Limites no acesso à Rede Intersetorial

Um dos objetivos da pesquisa foi conhecer as redes intra e intersetorial de serviços acessadas pelos idosos negros. Os resultados apontaram inúmeros desafios de acesso à rede intrasetorial de saúde mas, ao serem questionados sobre outras políticas sociais públicas, como a Política de Assistência Social, por exemplo, os entrevistados referiram não ter acessado, denotando, também, pouco conhecimento a respeito, o que leva ao questionamento sobre as razões para tal fato.

O Cadastro Único mapeia as famílias de baixa renda do Brasil, fornecendo ao governo dados sobre como vivem e quais as suas necessidades. Dentre os programas e benefícios que utilizam o Cadastro Único estão: Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC), a Tarifa Social de Energia Elétrica e a Carteira da Pessoa Idosa. Em Porto Alegre, o Cadastro Único é exigido para a solicitação de insumos, como fraldas, por exemplo. Diante disso, evidencia-se a necessidade de avanço na interlocução entre as políticas e sobretudo, que a população seja informada e orientada a respeito, visando a materialização da intersetorialidade. Além disso, ainda é necessário avançar na concepção das políticas, pois as questões de raça/cor e gênero, por exemplo, são abordadas nas normativas de forma genérica, pois são citadas, mas não problematizadas:

Ao considerar que a transversalidade e interseccionalidade de gênero e raça nas políticas públicas é fator indispensável para o enfrentamento das desigualdades sociais, é preocupante constatar que as principais normativas da política de assistência social abordam tais questões de forma pontual e periférica (Andrade; Pereira, 2019, p. 67).

Isto é, para a incorporação das demandas da população idosa negra nas políticas públicas brasileiras, é necessário mapear e discutir a forma como o Estado contempla o eixo raça/cor na implementação dos programas sociais, “[...] respondendo ao desafio de reconhecer as diferenças de acesso às políticas públicas por mulheres e pessoas negras, população historicamente discriminada que, muito frequentemente, é a que mais demanda os benefícios e serviços de assistência social (Andrade; Pereira, 2019, p. 66).

A partir da análise dos resultados, identificou-se que os participantes da pesquisa alcançaram uma expectativa de vida maior, o que lhes trouxe benefícios mas também desafios que refletem em um aumento de demandas por serviços de saúde, devido às múltiplas comorbidades que apresentam. Esse segmento populacional, no entanto, encontra diversas barreiras que dificultam o recebimento do cuidado em saúde conforme suas necessidades (Barbosa, 2021). Dos entrevistados, apenas 01 informou ter plano de saúde, ou seja, o acesso à saúde dos idosos negros abordados é viabilizado por meio do SUS - Sistema Único de Saúde. Durante a coleta de dados, identificou-se que a maioria dos idosos eram do sexo masculino (09 idosos) e apresentavam a prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, que em muitos casos, geram perda de funcionalidade, autonomia, dependência de cuidado e maior necessidade de suporte dos serviços de saúde, bem como de seus familiares. Cabe ressaltar que os idosos homens relataram não ter realizado acompanhamento preventivo de saúde ao longo de suas vidas. A baixa adesão masculina na busca por consultas de rotina para prevenção e tratamentos se contrapõe à realidade das mulheres, que culturalmente são mais estimuladas a fazer consultas e exames periódicos. Para Santos (2016), a falta de acompanhamento de saúde está atrelada à vergonha, incompatibilidade de horários dos serviços de saúde com a carga horária exercida em suas atividades laborais, dificuldades de expressar o que sentem, entre outros aspectos.

Diante desse contexto, foi regulamentada através da Portaria de consolidação, nº 1.994 de 2019, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que aborda a importância do autocuidado, pois reconhece a resistência ao acesso à atenção primária e a medidas preventivas, o que gera um risco de maiores agravos de saúde a longo prazo. Entretanto, seu texto apresenta importantes limites, pois não traz a discussão do

envelhecimento masculino, tendo em vista que se destina à faixa etária de 25 anos a 59 anos (BRASIL, 2019). Ou seja, os participantes desta pesquisa não foram contemplados, e embora sejam amparados pela Portaria de Consolidação nº2 de 28 de setembro de 2017 que estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, esta também não atende todas as especificidades do universo masculino e suas intersecções, como as questões étnico-raciais. Considerando a repercussão nas condições de saúde e em relação a esse cenário de desproteção social multidimensional, Drago (2023, p.) refere que: “o reflexo dessas medidas sobre o SUS apontam para restrição de recursos, com impactos na cobertura, oferta e na manutenção do serviço de saúde como espaço público e gratuito”. Ou seja, para que se materializem os direitos previstos nas legislações vigentes, faz-se necessário romper com a retração estatal e os cortes orçamentários, a fim de ampliar os investimentos em saúde. Para que ocorra o atendimento às demandas em saúde, como também maior investimento em políticas de prevenção e promoção da saúde, resultando no aumento da procura por atendimento por parte do público masculino.

Na população idosa negra, os fatores socioeconômicos associados à dificuldade de acesso à saúde, estão entre as maiores limitações na busca pelos serviços. O que se observa são inúmeros entraves na execução das políticas estabelecidas, recursos humanos e materiais insuficientes para demandas cada vez mais complexas. Ou seja, tal cenário é acentuado devido ao contexto de subfinanciamento do SUS, bem como pelos reflexos do período pós pandemia, que impactam na capacidade de atendimento e geram a desproteção daqueles que envelhecem. Sob essa perspectiva, Anunciação et al. (2022, p.3862) refere que o “SUS não tem conseguido garantir o atendimento às necessidades de saúde e adoecimento da população, sobretudo da população negra”.

No âmbito da atenção primária em Porto Alegre/RS, dificuldades foram relatadas pelos idosos, tais como: acesso precário, pois há longos períodos de espera para agendamento de consultas; horário reduzido de atendimento e baixa qualidade nos serviços prestados. É importante destacar que a rede de Atenção Primária em Saúde do município enfrenta atualmente um processo de contratualização, ou seja a administração passou para o domínio de instituições como: Santa Casa de Misericórdia, Divina Providência e Vila Nova conforme reportagem publicada em junho de 2022 no site Sul21. Tais contratualizações, embora controversas, estão previstas pela Lei 13.019/2014, do Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil e esse modelo de parcerias está sendo implementado em Porto Alegre. Conforme refere (Melo 2023, p.19-20):

Em dezembro de 2022 os postos de saúde da cidade de Porto Alegre totalizavam 139 unidades básicas, dentre essas: 5 unidades ou somente 4% com serviços e ações de 7 saúde diretamente prestados por servidores públicos estatutários da Secretaria Municipal de Saúde de POA, administração direta; 14 unidades ou 10% por convênios com o Grupo Hospitalar Conceição e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, empresas públicas de direito privado, administração indireta e, 120 unidades ou 86% contratualizadas por meio de termos de colaboração com as OSC, entidades privadas sem fins lucrativos, administradas pelo terceiro setor.

Esse novo modelo gerencial em curso dificulta a construção de vínculos e a longitudinalidade do cuidado por parte das equipes, devido à rotatividade dos profissionais, desconhecimento do território e das especificidades da comunidade atendida, bem como dos processos de trabalho no âmbito da saúde. Salienta-se que a atenção básica é a principal porta de entrada do SUS. Este contexto é relatado pelos familiares e pacientes entrevistados:

“[...] Eles fazem exames em casa, mas eu tenho que sair correndo pra levar no laboratório porque é até as 9h a entrega dos exames. É muito puxado, e o posto demora pra vir, vem muito tarde, e é só eu, sozinho pra tudo e deixar ela sozinha é complicado”. (A10)

“[...] Demorou, tive que ir cedo pra lá e mesmo assim tinha gente, demora muito, é uma muvuca que Deus o livre. Quando era só pra mim eu reclamava mas agora eu penso nela e não reclamo, tenho medo de prejudicar ela [...]”. (A11)

“[...] como vou lhe dizer, é uma briga pra gente conseguir agendar uma consulta, tem que ir de madrugada pra lá [...]”. (A6)

Sobre esse aspecto, a experiência de cada entrevistado varia, mas a maioria relatou maiores dificuldades de acesso: *“[...] olha eu vou te dizer tá muito difícil, cada posto tá de um jeito, muito cheio, tudo cheio [...]” (A1)*. *“[...] Muito superlotado, difícil de conseguir atendimento lá, por isso eu venho pra cá [...]”. (A4)*

“[...] é um jogo, se eu preciso eles já me encaminham pra outro lugar, me mandam de volta pro Hcpa, que tem todo o meu prontuário. O momento que tão os hospitais, superlotação foi difícil mas graças a Deus eu consegui [...]”. (A5)

“[...] Agora eles tão começando a engrenar, quando era da prefeitura mesmo eu achava melhor, eles me conheciam, anos lá né, eu achava o atendimento melhor, agora até o pessoal acostumar, tem umas falhas. Mas a gente vê na televisão, tá lotado aqui, tá lotado lá, tudo tá difícil [...]”. (A11)

Dessa forma, destaca-se que, assim como as unidades de saúde (Atenção Primária à Saúde), as emergências de alta complexidade, como a do hospital em que o estudo foi realizado, também enfrentam a superlotação e um número expressivo de demandas que impactam no cotidiano de trabalho em saúde e nos atendimentos prestados, pois “as principais dificuldades decorrem da precarização das políticas públicas, oriundas das medidas de austeridade fiscal adotadas nos últimos anos” (Mattioni, 2023, p.2173). Tais retrocessos

reduzem a capacidade de atuação, pois as restrições orçamentárias geram a precarização da oferta e do acesso a serviços de saúde, o que contribui com a fragilização e o agravamento do adoecimento dos idosos. Dessa forma,

[...] a fragilização e degradação vai interferir no serviço prestado à população, que será afetada pela falta de preparo dos profissionais, que em muitos casos não tiveram o treinamento necessário, pela falta de recursos para melhoria do serviço e pela rotatividade dos funcionários, entre outros. Nesse cenário, cria-se o risco da descontinuidade do cuidado e das ações implementadas, o que precariza ainda mais a oferta dos serviços à população (Paveglio, 2023, p.50).

Outro ponto que merece atenção são as transformações societárias em curso, decorrentes da crise política, econômica e sanitária (pandemia) que impulsionam demandas e refletem na sobrecarga dos serviços. O agravamento de determinadas doenças após o período pandêmico, deixou a população idosa mais vulnerável a suas repercussões (Sousa, 2021). Como relataram os idosos:

"[...] a pandemia fez um buraco na minha vida, perdi todas consultas, eu até consegui resgatar as minhas consultas no ambulatório mas foi bem difícil. Eu vivia aqui, eu tinha uma agenda bem cheia [...]" (A14)
"[...] E quando veio a pandemia, a gente começou a controlar, eu não saía mais pra rua, pararam todos os meus acompanhamentos [...]" (A2)
"[...] todos esses anos muito poucas consultas eu perdi, porque eu quero viver, o mais complicado foi na pandemia mesmo [...]" (A5)

Tal contexto se deu em decorrência da necessidade de priorizar os atendimentos aos pacientes acometidos pela Covid-19 e do fechamento dos ambulatórios para consultas de rotina. Assim, “um dos principais agravos causados pelo distanciamento social é a diminuição da procura por suporte de saúde” (SILVA et al 2020, p.39). Vale ressaltar que a maior parte dos entrevistados é vinculada ao ambulatório do HCPA, e realizam acompanhamento com diversas especialidades.

Dos idosos abordados, identificou-se que muitos faziam acompanhamento de saúde no Instituto de Cardiologia. Segundo reportagem divulgada pelo Zero Hora em julho deste ano, nos últimos meses devido a dificuldades financeiras e atraso no salário dos funcionários, as atividades do IC-FUC foram interrompidas e a emergência fechada, motivo que os fez procurar o HCPA para atendimento de urgência. Ainda sobre esse aspecto, Drago (2023, p.02) traz que “os hospitais universitários vivenciaram nas últimas duas décadas um processo de

precarização estrutural, subfinanciamento e déficit de recursos humanos”. Como consequência desse contexto, a participante verbalizou que:

“[...] nós fomos lá no cardiologia, mas só que não tinha, tá fechado, a emergência não tá funcionando, aí eu falei nós vamos ter que ir numa UPA, vai demorar, vamos lá pro Clínicas, eu tava há dias com dor no peito e eu fui deixando [...]” (A1)

A capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a confiança nos profissionais são fundamentais para a continuidade do cuidado, principalmente no que se refere aos idosos, por se entender que “a clareza na transmissão das informações, o interesse do profissional, a segurança do mesmo na condução dos casos e a escuta atenciosa (Giovani, 2013, p.10), corroboram com a possibilidade da construção de vínculos e maior adesão aos tratamentos propostos. Em contrapartida, quando sistematicamente há mudanças no fluxo de atendimento e nas equipes, pode-se desencadear insegurança e riscos, pois perdem-se informações pertinentes sobre o processo do cuidado instituído, ao longo do acompanhamento longitudinal. Sendo assim,

O acompanhamento dos indivíduos pelos mesmos profissionais de saúde favorece a redução da ocorrência de complicações decorrentes da presença de doenças crônicas e do uso regular de medicamentos. Além de sugerir o vínculo do idoso com o profissional de saúde e sua satisfação com o cuidado (Tavares et al., 2021, p.08).

No entanto, apesar dos desafios enfrentados, o fato do país contar com um sistema de acesso à saúde, universal e gratuito é reconhecido pelos participantes como um avanço, pois eles vivenciaram o período antes da implantação do SUS e reconhecem as melhorias.

“[...] outros tempos atrás por exemplo você trabalhava, aí se você não tinha carteira assinada e não contribui não tinha direito a nada não, sua família não tinha auxílio, não tinha nada, só tinha se você tinha dinheiro pra pagar. Hoje não, nós temos o SUS, e o SUS mal ou ruim mas ele abrange todas as classes, o trabalhador e aquele que não trabalhou também tem direito a saúde e isso é muito bom em relação ao que era no passado[...].” (A5)

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/1990 em seu artigo 02, a saúde se constitui como: “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Entretanto, o que se observa é que tais condições básicas para envelhecer com dignidade, nem sempre são viabilizadas pelo Estado de forma justa. Nesse sentido, a população negra ao longo do seu ciclo de vida vivencia processos de exclusão de acesso a serviços e oportunidades (Campos, 2022). Evidentemente, em um país desigual como o Brasil, que passa por mudanças

econômicas, políticas, demográficas e sociais que repercutem nas condições de vida de quem envelhece, faz-se necessário destacar que:

O acesso, embora não seja o único fator responsável por uma vida saudável e de boa qualidade, contribui para manter um bom estado de saúde ou para seu restabelecimento, pois refere-se à utilização dos serviços e insumos (Silva, 2020, p.5).

Ao analisar os dados a partir do recorte étnico-racial, a questão que se identificou como pano de fundo das iniquidades de saúde experienciadas pelos entrevistados, refere-se às marcas deixadas pelo racismo estrutural que até hoje lhes nega o direito de envelhecer. Destaca-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, surgiu com o intuito de propiciar a equidade no sistema de saúde, no entanto, seu texto reconhece que “o racismo é o principal determinante social em saúde para população negra, já que incide negativamente sobre todos esses fatores que compõem o conceito de saúde” (BRASIL, 2009, p.23). Por esse motivo, para romper com a manutenção das desigualdades persistentes e limitantes que impactam no processo de envelhecimento, deve-se investir em políticas interseccionais que considerem a redução de tais barreiras e o desequilíbrio racial para que todos possam desfrutar da longevidade. Além disso, a elaboração de novas políticas que contemplem as demandas que emergem do envelhecimento e assegurem o direito à atenção integral dos idosos em situação de dependência, como é o caso dos participantes desta pesquisa.

5.3 A centralidade do cuidado em saúde nas mulheres

O progressivo e rápido aumento da população idosa é permeado de desafios e contradições. A partir da concepção ampliada de saúde, entende-se que as dificuldades enfrentadas por esse segmento no acesso a serviços e a direitos essenciais impactam diretamente a vida das famílias. Sob essa perspectiva, para pensar a assistência aos idosos dentro de um serviço de emergência hospitalar, faz-se necessário entender que o envelhecimento traz uma tendência maior a internações, devido a múltiplas comorbidades, progressiva perda da capacidade funcional, doenças crônico-degenerativas, complicação devido a doenças agudas, uso de polifarmácia e as próprias limitações para o autocuidado impostas pelo passar dos anos, que demandam suporte muitas vezes em tempo integral (Rodrigues et al., 2019). Como traz o entrevistado: “[...] *é muito ruim depender, não gosto de*

dar trabalho pra minha companheira mas a vida me pregou essa peça, não tem muito o que fazer, eu fico chateado de estar aqui de novo internado [...]” (A03).

O cuidado “é estabelecido como a relação direta de um indivíduo com o outro no intuito de suprir necessidades ontológicas primárias daqueles que não podem prover por si só” (Passos, 2018 *apud* Carrara; Paes, 2023, p.9). De acordo com Sousa, (2015, p.146), apesar de diversas mudanças na sociedade, “no Brasil, o cuidado destinado às pessoas idosas dependentes dá-se, tradicionalmente, no âmbito familiar. A família é reconhecida como fonte primária de apoio, e a figura feminina é eleita como agente desse cuidado”. Entretanto, a falta de preparo e experiência por parte das cuidadoras, frente à necessidade do cuidado tanto no domicílio como durante o acompanhamento de uma internação hospitalar demandam, entre outras questões, ajustes econômicos e estruturais na dinâmica das famílias, pois surgem novas despesas assistenciais, que acarretam no aumento de custos para o provimento do suporte ao idoso dependente. Desse modo, “apesar do fato de que toda a família seja afetada pela doença, é o cuidador primário que assume o cuidado do paciente na assistência física, emocional e até mesmo financeira” (Sousa, 2015, p.147). Assim trazem as familiares em suas falas:

“[...] a aposentadoria não dá conta, tá tudo muito caro, a gente gasta tudo e ainda falta [...]” (A3).

“[...] ele não dorme direito, fica muito agitado e eu também não durmo, tenho medo que ele caia, se machuque [...]” (A12).

“[...] Eu tô há anos nessa vida, e é só eu pra tudo, mas fazer o que né, a vida é assim [...]” (A10).

O envelhecimento traz consigo mudanças no modo de vida dos idosos e na forma como percebem a si mesmos, a sua participação na sociedade e em sua família, tendo em vista que “antigamente as pessoas, além de viver menos tempo, raramente adquiriram a experiência de cuidar dos idosos [...] (Bulla; Mediondo, 2003, p.97). Isto é, em termos de tempo histórico, a função de cuidador é recente na sociedade, pois ainda hoje, “no Brasil, o cuidador não tem seu papel reconhecido, e tal lacuna é um fator a mais a ser considerado no planejamento de políticas públicas de saúde para idosos” (Garbin, 2010, p.2). Dessa necessidade emerge a importância da corresponsabilização na oferta de suporte assistencial aos idosos, por parte também do Estado e da sociedade e não apenas das famílias.

Nos atendimentos realizados observou-se que diante da chegada do envelhecimento, as famílias encontram-se desprotegidas, sobrecarregadas, economicamente vulneráveis e as principais cuidadoras-esposas idosas não possuem uma rede de apoio e de serviços organizada para auxiliá-las, ou seja, há uma omissão do Estado em relação a esse segmento populacional

e seu processo de adoecimento e perda de funcionalidade. “A crescente população de pessoas idosas muito frágeis que necessitam de ajuda para gerenciar a saúde já representa a maior parte das demandas de apoio e cuidado do sistema de saúde” (Souza, 2022, p.487). Da forma como essa questão vem sendo invisibilizada pela política, pois nos serviços se percebe essa realidade, mas não se tem alternativas de apoio aos cuidadores, ou o que tem é insuficiente frente à demanda. Quando um idoso frágil e com importantes demandas de saúde chega a um serviço hospitalar, o que se percebe é que “o tempo médio de permanência de idosos no hospital costuma ser superior ao dos pacientes jovens, e os idosos apresentam também maior suscetibilidade a agravos” (Teixeira et al., 2017 apud klaumann, 2022, p.10). Todavia, precisa-se considerar que além da predominância de idosos hospitalizados, há também as cuidadoras que são idosas, pois “no contexto hospitalar, a presença do idoso cuidador tem se tornado um fenômeno cada vez mais frequente, acompanhando do envelhecimento populacional” (Dos Santos et al., 2023, p.02).

Nesse sentido, dos 15 participantes entrevistados, se identificou que a principal referência para o cuidado são mulheres, definido primeiramente pelo grau de parentesco e segundo pela proximidade física (quem reside junto), ou seja, a esposa, seguido pelas filhas. No que se refere ao cuidado feminino, “as seculares determinações sociais de gênero são levadas em consideração para a compreensão da determinação desse perfil” (Cronemberger e Souza, 2023 p.958). Desse modo, já há uma predeterminação de quem oferece o cuidado a partir do gênero (feminino) tendo em vista uma expectativa social e histórica instituída para que se cumpra o papel social de cuidar (Isaac et al., 2018).

Ressalta-se que o suporte e a garantia de direitos básicos para todos aqueles que envelhecem está previsto no 3º artigo do Estatuto do Idoso, que estabelece:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2011).

Entretanto, no cotidiano de cuidado das famílias para com seus idosos, o que se evidencia é a desresponsabilização do Estado e a escassez de serviços e políticas que atendam as mais diversas demandas que se apresentam na vida de quem envelhece. Isso se torna evidente, pois a PNS - Pesquisa Nacional de Saúde, de 2019, “revelou que mais de 80% dos idosos que precisam de cuidados para realização de suas tarefas cotidianas recebem esse suporte exclusivamente dos membros de suas famílias” (Vieira et al., 2023, p.10). E quanto à

necessidade de suporte e a qualidade do cuidado, para Jesus et al., (2018, p.207): “em contexto de vulnerabilidade social o baixo grau de escolaridade e renda por parte dos cuidadores implica em dificuldades para o gerenciamento do cuidado, acesso e busca por serviços especializados”. As cuidadoras mencionaram diversas dificuldades, como destaca-se no trecho a seguir, que resume as limitações no cuidado fornecido devido a carência de recursos disponibilizados: “[...] a gente ganha pouco e não tem ajuda de nada, tem uns percalços da vida mas tudo bem, a gente vai se virando como dá [...]” (A02) .

Durante a realização das entrevistas, observou-se cansaço das cuidadoras devido ao acompanhamento da internação e pelo pouco tempo disponibilizado para o autocuidado, além do gerenciamento da rotina domiciliar, por tratar-se de pacientes com diversas demandas de saúde que demandam suporte em tempo integral. Conforme relatou a cuidadora: “[...] eu que dou banho, comida, remédio, é uma luta, tem que estar o dia todo de olho nele, porque ele quer levantar sozinho e cai, não sobra tempo pra nada [...]” (A05). O que se nota é que o processo de reorganização familiar frente ao contexto de adoecimento, além de ser um desafio, é solitário, pois

A tarefa de cuidar de alguém geralmente se soma às outras atividades do dia-a-dia. O cuidador fica sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados, soma-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento [...] (BRASIL, 2008, p.11).

O excesso de atribuições destinadas às mulheres, por vezes, é devido à dinâmica do cuidar estabelecida, que em alguns casos é por uma rede de apoio restrita, e em outros, pela dificuldade das mulheres em dividir essa tarefa com os demais familiares. Nas falas das familiares cuidadoras se identifica a responsabilização e muitas vezes a abdicação de si para atender as demandas do outro:

[...] todo mundo trabalha e eu não gosto de estar pedindo para os outros, mas por enquanto tá dando certo [...]”(A10). “[...] Pra cuidar mesmo é só eu, os outros trabalham, aí eu tenho que me virar sozinha. Eu passo trabalho com ele, mas são 47 anos juntos [...]” (A12). “[...] a minha filha é meu anjo da guarda, porque nesse momento eu tava precisando de ajuda e ela parou de trabalhar para me cuidar [...].” (A15)

Quando questionadas sobre como gerenciar a demanda de cuidado contínuo e prolongado, as cuidadoras mencionaram dedicação integral ao idosos, pois relatam que diversas vezes precisaram reagendar suas consultas, algumas estavam com exames de rotina atrasados e não conseguem realizar atividades de lazer, pois dispõem de pouco tempo para o autocuidado e para relações interpessoais. Em seus relatos, expressam:

“[...] Eu tinha consulta pra mim amanhã, mas já mudei, ficou lá pra novembro, porque não tem como ir e deixar ele sozinho aqui [...]” (A03).
“[...] Eu não sei como vai ser agora, ele tá mais ‘debilitadinho’, tá cada vez mais difícil de ajudar ele sozinho, e eu também tenho minhas coisas de saúde já [...]” (A11).

A prática assistencial evidencia os inúmeros desafios que se apresentam diante da insuficiência de recursos institucionais e externos para suporte às famílias que possuem idosos frágeis, dependentes e que se encontram em vulnerabilidade econômica. Embora o Ministério da Saúde estabeleça normativas no intuito de orientar as ações, sob uma perspectiva integral, a partir da identificação das reais necessidades dos idosos que acessam os diversos pontos da RAS - Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2018), os entrevistados não identificam oferta de serviços e apoio para o cuidado domiciliar.

Para os idosos e suas famílias os desafios permanecem, suas necessidades seguem invisibilizadas no que se refere ao cuidado longitudinal e quando se associa tais questões ao recorte étnico-racial, as condições de vida são bem mais difíceis por apresentarem piores indicadores sociais e de saúde (Werneck, 2016). Atento a este contexto, o HCPA instituiu em 2019 o Programa Institucional de Cuidados ao Paciente Idoso, onde os diversos segmentos profissionais devem priorizar os atendimentos aos idosos com idade igual ou superior a 75 anos, a partir da aplicação do Protocolo de Manejo do Idoso Hospitalizado. Tal protocolo busca contribuir com uma maior atenção às especificidades de saúde dos idosos hospitalizados, bem como subsidiar articulações para a continuidade do cuidado para além do âmbito hospitalar, considerando o paciente e sua família no planejamento das ações. Em relação ao processo de cuidar, o envelhecimento demanda dos serviços de saúde reajustes e investimentos diversos “exigindo qualificação técnica de mão de obra nessa área e recursos técnico-financeiros para ampliar o número de atendimentos nos equipamentos de saúde que possam garantir a integralidade dos cuidados dispensados em todos os níveis de complexidade do sistema” (Escorsim, 2021, p. 438).

No decorrer das entrevistas se observou o quanto a dependência impacta na vida dos idosos e de suas famílias. Reitera-se sob essa perspectiva que o cuidado é um direito e como tal deve ser garantido, através da oferta de melhores condições de vida e efetivo acesso a serviços. Diante disso, torna-se evidente a necessidade de uma política pública específica, pois:

“apesar de a legislação vigente apoiar e estimular a incorporação de políticas interministeriais na provisão de cuidados integrados para a população idosa e induzir

uma continuidade do cuidado entre os diferentes níveis de atenção e programas, percebe-se claramente que não existe uma interface bem definida entre as áreas, evidenciando a falta de uma política pública exclusiva para a população idosa dependente.” (Da Mota Peroni et al., 2023, p.22)

Frente a esse contexto, salienta-se que segundo estimativas do IBGE, em 2030 o número de idosos no Brasil ultrapassará o de crianças e adolescentes. Essa mudança na estrutura etária demandará ainda mais redirecionamento das políticas públicas existentes e a criação de novas políticas, a fim de que se possa mudar a repercussão da sobrecarga de cuidado e a responsabilização que hoje recai sobre as famílias e desproporcionalmente sobre as mulheres. Somado a isso, verifica-se que o envelhecimento está atrelado ao aumento do risco de dependência e que as condições de saúde dos idosos negros que chegam até o serviço de emergência, estão associadas as assimetrias econômicas e sociais que corroboraram com processos de exclusão, de falta de oportunidades e de acesso a serviços diversos ao longo da vida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa reforça a importância da discussão sobre o envelhecimento a partir da perspectiva étnico-racial, tanto nos espaços acadêmicos como nos serviços de saúde. O que se observou a partir do estudo é que o direito de envelhecer está diretamente relacionado ao acesso e à garantia de direitos básicos, entretanto, a população negra encontra diversas barreiras que dificultam o acesso a um cuidado em saúde de acordo com as suas necessidades. Nesse sentido, entende-se que pensar o envelhecimento do ponto de vista étnico-racial é atentar-se que, historicamente, essa população experienciou um contexto de oportunidades desiguais ao longo de todo seu ciclo de vida.

Os dados da pesquisa evidenciam que as iniquidades no acesso à saúde e a serviços diversos tem base no racismo estrutural e que este obstaculiza sistematicamente a garantia de direitos. A experiência de envelhecer é diversa e plural mas, embora seja um desafio para os indivíduos em geral, para aqueles que ao longo da vida vivenciaram a invisibilidade e o não acesso a direitos sociais essenciais, tais como educação, emprego formal, saúde, lazer, moradia digna entre outros, o caminho é mais difícil.

Os resultados também apontam para a urgente e necessária articulação intersetorial visando a garantia do acesso e da integralidade em saúde dos idosos, enquanto direito que reconheça também as necessidades das famílias e dos cuidadores, com a efetiva responsabilização do Estado. As mulheres, muitas delas também idosas, são a maioria quando trata-se de assumir o suporte às demandas do cuidado, pela naturalização social da tarefa, se disponibilizando a cuidar dos familiares idosos que vivenciam o adoecimento e seus desdobramentos, muitas vezes abdicando/negligenciando suas próprias demandas. O idoso que necessita de cuidado mobiliza atenção, dedicação, tempo (muitas vezes integral), recursos e tende a acessar mais os serviços de saúde.

Embora exista um arcabouço legal, com destaque à Política nacional de Saúde integral da População Negra - PNSIPN, que reconhece o racismo como determinante social e se propõe a minimizar as desigualdades étnico-raciais, ainda são escassos os estudos que podem contribuir para aprimorar essa política, além da adesão dos estados e municípios ser ainda incipiente. Soma-se a essa questão a importância de discussões sobre dados e análises interseccionais, pois fatores históricos, sociais, econômicos, políticos são imprescindíveis para a construção de políticas públicas e consequente qualificação dos atendimentos prestados à população idosa negra que supera barreiras diárias e chega à terceira idade. O que denota a

necessidade de reconhecer e considerar os fatores étnico-raciais nas ações de saúde e estruturação de serviços, a fim de atenuar o impacto dos determinantes e condicionantes sociais no processo de adoecimento e cuidado através de uma prática assistencial humanizada e equitativa, como preconiza o SUS e a PNSIPN.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. Feminismos plurais. São Paulo. 2021.

ANDRADE, Priscilla Maia de; PEREIRA, Lucélia Luiz. “**A (In)visibilidade de Gênero e Raça na Assistência Social: estudo de caso nos Centros de Referência de Assistência Social**”. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 45, p. 57-79, 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_45_art_3.pdf. Acesso em: 30 out. 2023.

ANUNCIACÃO, D, Pereira LL, Silva HP, Nunes APN, Soares JO. **(Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva*. 16 de set. 2022;27:3861–70.

BACARAU, R. P., & Bento, F. B. (2022). **Os impactos da precarização do SUS na efetivação das políticas em saúde**. *Revista Direito & Dialogicidade*, 8(1), 92-103.

BARBOSA, Ribeiro Isabelle et al. **Raça e saúde [recurso eletrônico]: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil**. Natal: EDUFRN, 2021.

BARBOSA RRS, Silva CS, Sousa AAP. **Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra**. *Rev. Katálysis*. 2021 [acesso em 2021 jun 14]; 24(2):353-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/hXJ4fmwcWnNfqvv35xD9Kfw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 jan. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, Camila Silva da; BRANCOS, Suelma Inês Deus de. **Envelhecimento da população negra, desigualdade racial e qualidade de vida**. *Revista Fasp UNIESP*, v. 21, n. 004, p. 1-11, São Paulo, 2017. Disponível em: http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170920124107.pdf. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. (2016). Governo Federal. **Painel de indicadores do SUS nº 10: Temático saúde da população negra**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7.pdf. Acesso em: 22 set. 2022.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília, CONASS, 2007, p.18. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 11 out. 2022.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Presidência da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 ago. 2022.

_____. **Estatuto da Igualdade Racial**. Presidente da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm. Acesso em: 17 nov. 2023.

_____. **Estatuto da Pessoa Idosa**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 15 jul. 2022.

_____. **Lei Geral de Proteção de Dados**. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm. Acesso em: 18 set. 2022.

_____. **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. Brasília, DF, 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm. Acesso em: 10 nov. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde/SUS**. Brasília, 2018. 91 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 18 nov. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso: 17 nov. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.600 de 07 de Julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 20 set. 2022.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1451/95 de 10 de março de 1995**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451>. Acesso em: 18 set. 2022.

_____. Constituição, 1988. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 17 set. 2022.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016**. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF; 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 05 set. 2022.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 05 set. 2022.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 17 set. 2022.

_____. **Lei n. 13.019**, Regime Jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, 31 jul. 2014.

_____. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

BATISTA LE, Proença A, Silva A. **COVID-19 e a população negra**. Interface (Botucatu) 2021; 25:e210470.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2022.

CAMPOS, L.A; B., R.; R., J & F, J. Políticas de ação afirmativa nas universidades públicas brasileiras (2020). **Relatório das Desigualdades Raciais (GEMAA)**, IESP-UERJ, 2022, p. 1-22.

CRONEMBERGER, G.L.; SOUSA, R.C. **Cuidando de idosos dependentes e de seus cuidadores: um desafio para as sociedades**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, 957-958, 2023.

DA CONCEIÇÃO, M. C. G.; MAGALHÃES, J. M. dos R. **A importância da informação racial em saúde para o combate ao racismo institucional**. Revista Contemporânea, [S. l.], v. 3, n. 6, p. 6301–6309, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N6-084. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/995>. Acesso em: 29 out. 2023.

DA MOTA PERONI, Fabiana et al. **Envelhecimento e atenção à dependência no Brasil**. 2023, Divisão de Proteção Social y Saúde. VI. Série. IDB-TN-2677.

DRAGO LMB. **A saúde pública no Brasil em tempos de austeridade: desfinanciar e repassar à gestão privada: a lógica sobre os hospitais universitários**. J Manag Prim Health Care. 2023;15:e010. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1382>

DOS SANTOS JÚNIOR, Edson Batista et al. **Idoso cuidador de idoso no contexto hospitalar**. Revista Científica Integrada, v. 6, n. 1, 2023.

ESCORSIM, M.S. **O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise**; Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 142, p. 427-446, set./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.258>. Acesso em: 28 ago. 2022.

FEDERAL, Senado. Constituição. Brasília (DF), 1988.

FELIPE, T. W. S. S.; Sousa, S. M. N. **A construção da categoria velhice e seus significados**. Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP, Macapá, v.7, n. 2, p. 19-33, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/1384>. Acesso em: 05 ago. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **Nascer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br>. Acesso em: 11 set. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 15 set. 2023.

GARBIN, C., Sumida, D., Moimaz, S., Prado, R., & Silva, M. (2010). **O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos**. Ciência e Saúde Coletiva, 15(6), 2941–2948.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4aed. São Paulo: Atlas. 2002.

GOES EF, Nascimento ER. **Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades**. Saúde Debate 2013; 37(99): 571-579.

GOMES, L. Jornal Sul21: Disponível em: <https://sul21.com.br/noticias/saude/2022/06/com-novos-repasses-porto-alegre-passa-a-ter-96-das-unidades-de-saude-terceirizadas/>. Acesso em: 11 out. 2023.

GOMES. Laurentino. **Escravidão – do primeiro leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares**. Vol. I. Rio de Janeiro: Globo Livros, 2019, p.31.

HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Emergência**, 2022. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/area-do-paciente-apresentacao/area-do-paciente-como-utilizar-nossos-servicos/area-do-paciente-como-utilizar-nossos-servicos-emergencia>. Acesso em: 05 set. 2022.

_____. **Mais da metade das consultas e internações no HCPA são de pessoas idosas**.

Disponível em:

<https://www.hcpa.edu.br/2732-mais-de-metade-das-consultas-e-internacoes-no-hcpa-sao-de-pessoas-idosas>. Acesso em: 06 out. 2022.

INSTITUTO SOU DA PAZ. **Violência Armada e Racismo. O papel da arma de fogo na desigualdade racial**. 2º edição. São Paulo, Instituto Sou da Paz. Disponível em: <https://soudapaz.org/o-que-fazemos/mobilizar/sistema-de-justica-criminal-e-seguranca-publica/participacao-no-debate-publico/controle-de-armas/?show=documentos#7225-1>. Acesso em: 14 set. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociais Mínimos: Censo 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/17374-indicadores-sociais-minimos.htm?=&t=resultados>. Acesso em: 12 set. 2022.

_____. **Panorama geral. Censo 2022.** Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 15 nov. 2023.

_____. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil.** Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n.41, 2019c. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 18 set. 2022.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2019.** Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 23 set. 2022.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2022.** Disponível em: www.ibge.gov.br Acesso em: 24 out. 2023.

_____. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.** 2022a. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock. Acesso em: 10 ago. 2022.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais – uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira – 2019.** Rio de Janeiro, IBGE, 2019a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

GIOVANI, MSP; VIEIRA, CM. **Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na estratégia saúde da família.** RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 1-14, dez. 2013. Acesso em: 29 out. 2023.

GONÇALVES, R. **Quando a questão racial é o nó da questão social.** Revista Katálysis, Florianópolis, v. 21, p. 514-522, 2018.

ILKA, C.O. **Processo de envelhecimento brasileiro, racismo e gênero: aproximações necessárias.** In: XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória, Espírito Santo, 2018.v. 1 n.1.

ISAAC, L.; FERREIRA, C. R.; XIMENES, V. S. **Cuidar de idosos: um assunto de mulher?** Estudos Interdisciplinares em Psicologia, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 108–125, 2018. DOI: 10.5433/2236-6407.2018v9n1p108. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/26832>. Acesso em: 22 nov. 2023.

JESUS ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. **Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social.** Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2018 Apr/Mar; [cited 2018 Sep]; 21(2):194-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200194&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt DOI: 10.1590/1981-22562018021.170155» <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155>.

KLAUMANN, Cristiane. **O impacto da saúde bucal na vida do paciente idoso hospitalizado.** Dissertação. Unisicuesc. Jaraguá do Sul. p.10. 2022.

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 5 ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas. 2002.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras Editora, 1999.

MATTIONI, Fernanda Carlise, e Cristianne Maria Famer Rocha. **Promoção da saúde na atenção primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador.** *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 28, n.o 8, 2023, pp. 2173–82. DOI. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05752023>.

MEIRA, E. C.; REIS, L. A.; GONÇALVES, L. H. T.; RODRIGUES, V. P.; PHILIPP, R. R. 2017. **Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado.** *Escola Anna Nery*, 21: 1-8.

MELO, K. C. C. D. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. **Contratualização da atenção primária à saúde às organizações da sociedade civil em Porto Alegre: fragilidade do monitoramento e consequências para o direito à saúde à porta de entrada do SUS.** 2023, p.19-20.

MENDIONDO, Marisa Silvana Zazzetta de; BULLA, Leonia Capaverde. Idoso, Vida Cotidiana e Participação Social. In: TERRA, Newton Luiz; DORNELLES, Beatriz (Org.). **Envelhecimento bem-sucedido.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. p. 97. Programa Geron PUCRS.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social.** Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa.** São Paulo, v. 5, n. 7, p.01-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 04 out. 2022.

MORAES, C. B. **O problema da moradia no Brasil tem cor?** In: XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória, Espírito Santo, 2018.v. 1 n.1.

NUNES, Mariangela; VIDAL, Selma. **Os diversos aspectos da integralidade em saúde.** *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*, v. 1, n. 1, 2019.

OLIVEIRA, A. S. **Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil.** *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, [S. l.], v. 15, n. 32, p. 69–79, 2019.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. **Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira.** *Saúde em Debate*, v. 43, p. 939-948, 2019.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 08 jan. 2023.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias et al. **Desigualdades no acesso à saúde: um olhar sobre a população negra na atenção primária à saúde.** Acesso à saúde no Brasil: percursos da universalização. Tradução. Curitiba: Bagai, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-205-4.18.03.23>. Acesso em: 29 out. 2023.

OLIVEIRA, Roberta Gondim et al. **Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 9, e00150120, 2020.

OSORIO, R. G. (2021). **A Desigualdade racial no Brasil nas três últimas décadas.** Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (Texto para Discussão, 2657).

OUVERNEY AM, Noronha JC. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais.** In: Fundação Oswaldo Cruz, organizador. A saúde no Brasil em 2030. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p.143-82.

OTTONI, M. A. M., & MG, M. C. **Envelhecimento populacional e morbidade de idosos no brasil: uma avaliação do impacto de indicadores socioeconômicos à luz das peculiaridades regionais.** 2020, p.59.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo et al. **Envelhecimento de negros e negras e a defesa intransigente das políticas sociais no tempo do conservadorismo e do ultraliberalismo: contribuições a partir do Serviço Social.** Percursos, Florianópolis, v.24, eo106,2023.

PAVEGLIO, C. R. **Terceirização na saúde pública: a precarização do serviço e das condições de trabalho.**2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/259831/001170228.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 out. 2023

PEREIRA, M. D. de S. **Quem quer (pode) ser negro no Brasil?** Revista Em Favor de Igualdade Racial, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 136–145, 2023. DOI: 10.29327/269579.6.1-13. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/RFIR/article/view/6585>. Acesso em: 29 out. 2023.

RABELO, D. F., Silva, J., Rocha, N.M.F.D, Gomes, H.V., & Araújo, L.F. 2018. **Racismo e envelhecimento da população negra.** Revista Kairós, 21(3), 193-215.

RODRIGUES, M. P. **INIQUIDADES RACIAIS EM SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.** Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN), [S. l.], v. 13, n. 37, p. 485–510, 2021. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1177>. Acesso em: 29 out. 2023.

SANTOS, MPA, Nery JS, Goes, EF, Silva A, Santos ABS, Batista LE, Araújo EM. **População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde.** Estud Av 2020; 34(99):225-244.

SANTOS, N. M. C. **Negras velhas: um estudo sobre seus saberes nas perspectivas de envelhecimento, trabalho, sexualidade e religiosidade.** 2016. Projeto de Dissertação (Mestrado) – Curso de Educação, Programa de Pós- graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SEVERO, Júlia dos Santos. **A naturalização das desigualdades e o racismo estrutural: dos direitos formais ao genocídio informal da população negra e as políticas públicas de enfrentamento.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Santa Cruz do Sul. 2019.

SILVA, A.; ROSA, T. E. C.; BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S.; LOUVISION, M. C. P.; TEIXEIRA, D. S. C.; LEBRÃO, M. L. (2018). **Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE).** Revista Brasileira De Epidemiologia, 21, e180004. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/5pkvYctZXXwWFXHMTbfYrfp/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2023.

SILVA, M. T. da., Teixeira, L. B., Santos, D. C. R. dos., Filho, L. E. P. dos S., & Correa, P. D. S. **Acesso a saúde tem cor e não é preta: revisão integrativa do racismo institucional à população negra.** RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, [S. l.], v. 2, n. 10, p. e210871, 2021. DOI: 10.47820/recima21.v2i10.871. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/871>. Acesso em: 24 out. 2023.

SILVA, NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade E C, Mercedes NP, Oliveira MAF. **Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa.** Rev Bras Enferm 2020; 73(4):e20180834.

SIMÕES, Celso C.S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população.** Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2016.

SOUSA GS et al. **“A gente não é de ferro”:** Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. Revista Ciência & saúde coletiva, v.26,1, pp.27-36, janeiro, 2021.

SOUZA, G.A.; GIACOMIN, K.C.; FIRMO, J.O.A. **A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização.** Cadernos Saúde Coletiva, v.30, 486-495, 2022. Acesso em: 18 out. 2023. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202230040506>.

SOUSA LR, Hanus AJ, Libera LBD, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, et al. **Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica.** Cad Saúde Colet.2015;23(2):140-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos et al. **Acesso e utilização dos serviços de saúde entre idosos comunitários.** Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 26, jan. 2021. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74528>>. Acesso em: 29 out. 2023. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.74528>.

TEIXEIRA, J.J.M.; BASTOS, G.C.F.C.; SOUZA, A.C.L. **Perfil de internação de idosos.** Rev Soc Bras Clin Med. Goiânia, v.15, n.1, p.15-20, 2017.

TEIXEIRA, S.M. **Envelhecimento e as Reformas no Sistema de Seguridade Social no Brasil Contemporâneo.** Textos & Contextos (Porto Alegre),

v.17, n.1, p.126-137.2018. Disponível em:
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/27635/17157>. Acesso em:
17 ago. 2022.

Werneck J. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde Soc. 2016; 25
(3):535-49. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/QvQqmGfwsLTFzVqBfRbkNRs/?format=pdf&lang=pt> Acesso
em: 20 out. 2023.

APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS

Título do Projeto

Envelhecimento da população negra e acesso à saúde	Cadastro no GPPG
---	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, ___ de _____ de 20__.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Assistente Social: Noemi de Almeida Corrêa	
Assistente Social: Rosana Maria de Lima	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto CAAE: 68366623.5.0000.53.27

Título do Projeto: Envelhecimento da população negra e acesso à saúde

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer as condições de vida da população idosa negra que mora em Porto Alegre e acessa a emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá a participação em uma entrevista com duração média de trinta minutos, composta por perguntas abertas e fechadas, onde serão gravadas mediante a sua autorização. Salienta-se que somente as pesquisadoras terão acesso às gravações, sendo preservada a sua identificação enquanto participante, nomeado (a) de acordo com um respectivo número. Após a gravação das entrevistas, estas serão transcritas e a coleta de dados será utilizada exclusivamente para os fins da pesquisa.

Não são conhecidos riscos pela sua participação na pesquisa, contudo, cabe reforçar que possíveis desconfortos, como o tempo de duração da entrevista, ou então, aspectos que envolvam o conteúdo nas perguntas. A pesquisa não trará benefícios diretos ao participante, porém possibilita a oportuna reflexão e expansão do conhecimento sobre a temática, bem como, fomenta a apreensão teórico prática, na medida em que pode vir a elencar subsídios às práticas assistenciais tensionadas neste contexto de atuação.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Rosana Maria de Lima, pelo telefone 51 995.980.611, com a pesquisadora Noemi de Almeida Corrêa, pelo telefone 51 994.376.920 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo e-mail cep@hcpa.edu.br, telefone (51) 3359.246 ou Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA**Número do Participante:****Número do Prontuário:****Diagnóstico:****Idade:****Situação Civil:** () solteiro(a) () casado(a) () união estável () divorciado(a)

() Viúvo(a)

Sexo: () F () M**Escolaridade:** () não alfabetizado () ensino fundamental incompleto

() ensino fundamental completo () ensino médio incompleto

() ensino médio completo () ensino superior () pós graduação

Filhos: () Sim () Não**Religião:** () Sim Qual: ? _____ () Não**Trabalho e renda:****Profissão:**

() Formal () Informal () Aux. doença () Aposentado () Pensionista

() Desempregado () BPC

Faixa de renda:

() Sem renda () 1 salário mínimo () De 1 a 2 salários () Acima de 2 salários

Condição de ocupação do domicílio: () alugado () próprio () cedido**Condições de moradia:** () boa () média () precária

Quantas pessoas moram no domicílio: () 1 () 2 () 3 ou mais

Rede de serviços:

Vínculo com serviços de saúde? () Não () Sim Quais?

Vínculo com outros serviços da rede intersetorial: () Não () Sim Quais?

Possui rede de apoio? () Sim Quem? _____ Grau de parentesco: _____ () Não

Roteiro norteador da entrevista:

- Como foi o seu acesso a rede de serviços: saúde, assistenciais entre outros? (Dificuldades, pontos positivos, como é o atendimento?)
- Como chegou até a Emergência do HCPA?
- Como avalia a saúde e outras políticas em seu município?
- O senhor(a) acha que as condições de vida contribuíram de alguma forma no seu processo de envelhecimento?

