

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, EDUCAÇÃO E ZOOTECNIA
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA ADÉLIA ARAÚJO FARIAS

VIOLÊNCIA E SAÚDE: a importância da atenção primária à saúde na identificação e prevenção da violência contra pessoas idosas no município de Parintins/AM

PARINTINS - AM

2025

ANA ADÉLIA ARAÚJO FARIAS

VIOLÊNCIA E SAÚDE: a importância da atenção primária à saúde na identificação e prevenção da violência contra pessoas idosas no município de Parintins/AM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Colegiado de Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia – ICSEZ/UFAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Orientador: Prof(a). Msc. Josiara Reis Pereira

PARINTINS – AM

2025

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

- F224v Farias, Ana Adélia Araújo
Violência e saúde: a importância da atenção primária à saúde na identificação e prevenção da violência contra pessoas idosas no município de Parintins/AM / Ana Adélia Araújo Farias. - 2025.
118 f. : il., color. ; 31 cm.
- Orientador(a): Josiara Reis Pereira.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia de Parintins, Curso de Serviço Social, Parintins , 2025.
1. Violência . 2. Saúde. 3. Atenção Primária. 4. Pessoa Idosa . I. Pereira, Josiara Reis. II. Universidade Federal do Amazonas. Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia de Parintins. Curso de Serviço Social. III. Título
-

ANA ADÉLIA ARAÚJO FARIAS

VIOLÊNCIA E SAÚDE: a importância da atenção primária à saúde na identificação e prevenção da violência contra pessoas idosas no município de Parintins/AM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Colegiado de Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia – ICSEZ/UFAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 15/12/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Msc. Josiara Reis Pereira - ICSEZ/UFAM
(Orientadora)

Prof.^a Dra. Valmiene Florindo Farias Souza - ICSEZ/UFAM
(Membro Interno)

Assistente Social Sandrele Cristina Souza Santos Melo - SEMSA
(Membro externo)

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso à minha mãe, Direne, exemplo de força e amor incondicional, cuja presença firme e generosa foi alicerce em cada passo da minha jornada. Ao meu pai, Sidney (*in memoriam*), cuja ausência física jamais apagará a presença eterna que habita em meu coração e guia meus passos. As minhas irmãs e irmãos, companheiros de vida e de alma, agradeço pelo apoio, pelas risadas e pela união que sempre me fortaleceram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por me conceder a dádiva da vida com saúde, por colocar pessoas especiais em meu caminho e por sempre ouvir meus agradecimentos e pedidos, atendendo-os com generosidade. Foi Ele quem me deu força, discernimento e resiliência para enfrentar e superar os desafios da formação superior.

Aos meus pais, Direne e Sidney (*in memoriam*), minha eterna gratidão. Palavras não são suficientes para expressar o amor e a admiração que sinto por vocês. Estiveram presentes em todos os momentos da minha vida, dos mais simples aos mais marcantes, sempre me aplaudindo da primeira fileira. Embora meu pai não tenha podido presenciar essa conquista, acredito que, onde quer que esteja, está orgulhoso de mim.

Às minhas irmãs e irmãos, Dayara, Layla, Marjorie, Pablo, João e Emanuel, minha gratidão pela convivência fraterna que tanto me fortaleceu ao longo da vida. Cada um de vocês, com suas particularidades, contribuiu para que eu me sentisse acolhida, motivada e amada. Foram inúmeros momentos de descontração e gestos de apoio que me ajudaram a seguir em frente, mesmo nos dias mais difíceis. Ter irmãos e irmãs como vocês é ter um porto seguro, uma rede de afeto que me sustenta e me inspira.

Ao meu grande amigo e companheiro André, pelo apoio afetivo e pela confiança depositada em mim durante essa etapa da minha vida. Agradeço por celebrar comigo as pequenas vitórias, por dividir os silêncios e por transformar os dias comuns em momentos de leveza. Sua parceria foi, e continua sendo, um presente precioso que levo comigo com muito carinho e amor.

Ao meu cachorro Elvis, meu filho de quatro patas e suporte emocional de todos os dias. Agradeço por sempre deixar meus dias mais alegres, trazendo carinho e leveza até nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

A professora Josiara Reis, minha orientadora, agradeço profundamente pela orientação sensível e comprometida, essencial para a construção deste trabalho. Sua dedicação foi determinante para que eu desenvolvesse um olhar crítico sobre a sociedade e, especialmente, sobre a temática da pessoa idosa.

A todos os professores/as que me transmitiram conhecimento e experiências valiosas ao longo desse percurso, em especial para o professor Adriano por seus conselhos e sugestões ao meu trabalho. Aos sujeitos da minha pesquisa, que se dispuseram a colaborar de forma significativa, contribuindo com suas vivências e reflexões.

Agradeço às minhas amigas Mayra e Ingrid, que mesmo distantes se fizeram presentes com incentivo e apoio constantes. Também agradeço às minhas colegas Luziane e Amanda, cuja ajuda direta ou indireta foi essencial para a finalização desta etapa. E agradeço a mim mesma, por ter persistido, enfrentado os desafios e chegado até aqui. Não foi fácil, mas eu consegui.

Por fim, agradeço à Universidade Federal do Amazonas (UFAM) por ter sido o espaço que possibilitou minha formação acadêmica e pessoal. Foi nesta instituição que encontrei oportunidades de aprendizado, crescimento e convivência que marcaram profundamente minha trajetória. Reconheço o papel fundamental da universidade pública, que oferece não apenas conhecimento, mas também valores que levarei para toda a vida.

“Envelhecer é o único meio de viver muito tempo. A idade madura é aquela na qual ainda se é jovem, porém com muito mais esforço. O que mais me atormenta em relação às tolices de minha juventude não é havê-las cometido... e sim não poder voltar a cometê-las”.

Albert Camus

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel essencial na promoção da saúde e na garantia do acesso aos serviços da Atenção Básica, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, esta pesquisa tem como objetivo analisar as implicações e contribuições da APS na identificação e prevenção da violência contra a pessoa idosa no município de Parintins/AM, tendo como referência a Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Francisco Tussolini. Por meio deste estudo, foi possível constatar a relevância da APS na detecção precoce e na prevenção dos casos de violência contra pessoas idosas. O objetivo geral deste trabalho foi analisar a contribuição da APS na identificação e prevenção da violência contra pessoas idosas em Parintins/AM, tendo como referência a UBS Dr. Francisco Tussolini. Os objetivos específicos foram: Identificar os programas e serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde Dr. Francisco Tussolini voltados para a população idosa; Verificar a percepção da pessoa idosa usuária do SUS na UBS Dr. Francisco Tussolini, sobre a violência e o cuidado familiar; e Compreender como a equipe multiprofissional em saúde realiza a identificação e a prevenção da violência contra a pessoa idosa nos atendimentos da UBS Dr. Francisco Tussolini. Para a realização da pesquisa, adotou-se o método crítico-dialético, configurando-se como uma investigação de natureza qualitativa, com utilização de pesquisa documental, pesquisa de campo, aplicação de entrevistas e registros em diário de campo. Os resultados da pesquisa indicam que as equipes de saúde exercem um papel significativo na identificação e prevenção da violência contra a população idosa atendida pela unidade de saúde. Contudo, evidenciam-se desafios relacionados às condições de trabalho dessas equipes, influenciadas por limitações institucionais, sociais e culturais. Ressalta-se, ainda, que a participação das pessoas idosas foi fundamental para revelar os principais aspectos da violência e a atuação das equipes de saúde em seu contexto social. Além disso, pode-se afirmar que a violência contra pessoas idosas no município de Parintins tem se tornado uma realidade recorrente. O recorte dos atendimentos realizados pela UBS Dr. Francisco Tussolini demonstra como a APS é de grande relevância no enfrentamento dessa problemática, promovendo o acesso aos direitos sociais e fortalecendo a proteção da população idosa em seus territórios de abrangência.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde (APS); Violência contra a pessoa idosa; Identificação e prevenção; Unidade Básica de Saúde (UBS).

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) plays an essential role in promoting health and ensuring access to Basic Care services, as advocated by the Unified Health System (SUS). In this context, this research aims to analyze the implications and contributions of PHC in identifying and preventing violence against the elderly in the municipality of Parintins/AM, taking as reference the Basic Health Unit (UBS) Dr. Francisco Tussolini. Through this study, it was possible to verify the relevance of PHC in the early detection and prevention of cases of violence against older people. To carry out the research, the critical-dialectical method was adopted, configured as a qualitative investigation, using documentary research, field research, interviews, and field diary records. The general objective of this work was to analyze the contribution of PHC in identifying and preventing violence against older people in Parintins/AM, with reference to the UBS Dr. Francisco Tussolini. The specific objectives were: to identify the programs and services offered by the Basic Health Unit Dr. Francisco Tussolini aimed at the elderly population; to verify the perception of elderly SUS users at UBS Dr. Francisco Tussolini regarding violence and family care; and to understand how the multiprofessional health team identifies and prevents violence against the elderly during care at UBS Dr. Francisco Tussolini. The research results indicate that health teams play a significant role in identifying and preventing violence against the elderly population served by the health unit. However, challenges related to the working conditions of these teams are evident, influenced by institutional, social, and cultural limitations. It is also emphasized that the participation of older people was fundamental in revealing the main aspects of violence and the role of health teams in their social context. Furthermore, it can be stated that violence against older people in the municipality of Parintins has become a recurring reality. The scope of care provided by UBS Dr. Francisco Tussolini demonstrates how PHC is of great relevance in addressing this issue, promoting access to social rights and strengthening the protection of the elderly population within its coverage territories.

Keywords: Primary Health Care (PHC); Violence against the elderly; Identification and prevention; Basic Health Unit (BHU).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do município de Parintins, AM.....	39
Figura 2 – Estrutura Organizacional da SEMSA.....	40
Figura 3 - Rede de Serviços de Saúde de Parintins na Atenção Primária.....	42
Figura 4 - Regional de Saúde do baixo Amazonas.....	43
Figura 5 - Frente da UBS Dr. Francisco Tussolini.....	48
Figura 6 - Pirâmide etária do Brasil (2022).....	57
Figura 7 - Pirâmide etária do Amazonas (2022).....	59
Figura 8 - Pirâmide etária de Parintins (2022).....	60
Figura 9 – Dimensões de Renda, Cuidado e Saúde das Pessoas Idosas.....	82
Figura 10 – Fluxo de atendimentos em casos de violência contra pessoas idosas.....	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Organização da APS no município de Parintins (2023).....	40
Quadro 2 – Estrutura Física da rede municipal de saúde de Parintins (2022).....	44
Quadro 3 - Distribuição das equipes (ESF ativas por tipologias)	45
Quadro 4 – Cobertura das equipes ESF da UBS Dr. Francisco Tussolini.....	50
Quadro 5 – Marcos Históricos de Políticas voltadas para as pessoas idosas no Brasil.....	67
Quadro 6 - Caracterização das pessoas idosas entrevistadas.....	81
Quadro 7 - Principais fatores de violência observados.....	86
Quadro 8 - Profissionais Entrevistados da UBS Dr. Francisco Tussolini.....	90
Quadro 9 - Atividades de Prevenção relacionadas à Violência Contra à Pessoa Idosa.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Amazonas
APS	Atenção Primária à Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DE PARINTINS/AM.....	18
1.1 Breve contexto da Política de Saúde e o Sistema Único de Saúde no Brasil.....	18
1.1.1 Sistema Único de Saúde.....	25
1.1.2 Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).....	28
1.2 Níveis de Atenção à Saúde no SUS e a realidade no município de Parintins/AM.....	31
1.2.1 Atenção primária à saúde no município de Parintins.....	39
1.3 Oferta de Serviços de Saúde na UBS Dr. Francisco Tussolini.....	47
CAPÍTULO II - ENVELHECIMENTO NO BRASIL E NA AMAZÔNIA: Proteção Legal e os Aspectos da Violência.....	54
2.1 Aspectos do Envelhecimento no Brasil e na Amazônia.....	54
2.1.1 Aspectos do envelhecimento no município de Parintins.....	60
2.2 Marco Legal da Pessoa Idosa.....	62
2.3 Envelhecimento e violência.....	69
CAPÍTULO III - EQUIPES DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: Identificação e Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa na UBS Dr. Francisco Tussolini.....	77
3.1 Percepção da pessoa idosa usuária do SUS na UBS Dr. Francisco Tussolini, sobre a violência e o cuidado familiar.....	77
3.2 As atribuições das Equipes de Saúde no atendimento à pessoa idosa na UBS Dr. Francisco Tussolini.....	89
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde desempenha um papel essencial na promoção do bem-estar da população, especialmente entre os segmentos mais vulneráveis da sociedade. Nesse contexto, torna-se evidente a relevância da implementação de políticas públicas, projetos, serviços e programas que atuem de forma estratégica na promoção da saúde e na efetivação dos direitos sociais. Destaca-se, nesse cenário, a Atenção Básica, que representa o principal eixo de organização dos serviços de saúde, funcionando como porta de entrada preferencial dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). Por sua capilaridade e abrangência, a Atenção Básica é fundamental para garantir o acesso equitativo, contínuo e resolutivo aos cuidados em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.

A trajetória da política de saúde no Brasil é marcada por complexidade e transformações históricas, sociais, políticas e econômicas que moldaram sua constituição ao longo dos séculos. Desde o período colonial, com práticas filantrópicas e liberais, até os avanços contemporâneos, a saúde pública passou por diversas fases, refletindo as desigualdades sociais e os limites institucionais do país. A partir do século XX, especialmente na década de 1930, iniciaram-se as primeiras ações organizadas na área da saúde, impulsionadas por mudanças econômicas e políticas. Com o novo conceito de saúde definido pela OMS em 1948 “como bem-estar físico, mental e social”, as políticas públicas passaram a considerar fatores culturais, sociais e econômicos como determinantes da qualidade de vida. Assim, a saúde consolidou-se como um direito social fundamental, exigindo estratégias que vão além da oferta de serviços médicos, promovendo condições dignas para o desenvolvimento humano.

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, estabelece em seu artigo 198 os princípios fundamentais que orientam a política de saúde no país. As ações e serviços públicos de saúde devem compor uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada como um sistema único, o SUS pautado por três diretrizes centrais: a descentralização com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade às ações preventivas sem prejuízo das assistenciais; e a participação ativa da comunidade na gestão e controle das políticas de saúde.

Além disso, destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS), a qual deve cumprir três funções essenciais para garantir um atendimento eficaz e integrado, conforme aponta Mendes (2002). A primeira função é a resolução, que busca solucionar a maioria dos problemas de saúde da população, oferecendo respostas rápidas e eficientes às demandas dos usuários. Essa

capacidade resolutive é fundamental para reduzir a sobrecarga nos níveis mais complexos do sistema de saúde. A segunda função é a organização, cujo objetivo é estruturar os fluxos de atendimento, assegurando que os pacientes sejam corretamente encaminhados entre os diversos serviços de saúde. Essa função contribui para a coordenação do cuidado e para a efetividade das ações em saúde. Por fim, a responsabilização garante que a APS mantenha o acompanhamento contínuo dos usuários, promovendo atenção adequada em qualquer ponto da rede. Essa função reforça o compromisso com o cuidado integral e humanizado, fortalecendo o vínculo entre profissionais e comunidade.

Partindo desse contexto, a questão “Violência e Saúde: a importância da atenção primária à saúde na identificação e prevenção da violência contra pessoas idosas no município de Parintins/AM” emergiu a partir de inquietações vivenciadas durante o estágio curricular do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A partir das observações cotidianas no ambiente de estágio supervisionado em Serviço Social, foi possível perceber uma expressiva demanda de atendimentos voltados à população idosa, o que despertou o interesse em investigar as estratégias e condições existentes para a identificação e prevenção de violações de direitos que afetam esse grupo vulnerável na área de abrangência da UBS.

A violência contra pessoas idosas tem ganhado destaque no debate contemporâneo, impulsionada pelo crescimento acelerado da população idosa em todo o mundo. No Brasil, segundo dados do Censo Demográfico de 2022 divulgados pelo IBGE, a população com 60 anos ou mais chegou a 32,1 milhões de pessoas, representando 15,6% do total nacional. Já o grupo com 65 anos ou mais totalizou 22,1 milhões, o equivalente a 10,9% da população, um aumento de 57,4% em relação a 2010. Esses números evidenciam a necessidade de estudos voltados às demandas específicas desse grupo etário.

Diante desse cenário, este estudo propõe discutir a relevância de compreender o fenômeno da violência contra a pessoa idosa e destacar o papel das UBS na sua prevenção e identificação. A pesquisa teve origem durante a experiência de estágio supervisionado em Serviço Social, onde foi observado o funcionamento de um programa voltado à população idosa, denominado Recadastramento da Pessoa Idosa. A partir dessa vivência, identificou-se que grande parte dos usuários idosos da unidade apresenta doenças crônicas, o que reforça a importância de ações voltadas à sua proteção e cuidado. Busca-se compreender a temática, bem como investigar os programas, ações e projetos desenvolvidos pela UBS junto à população idosa. Pretendendo evidenciar a importância da atuação dos profissionais, serviços

e políticas públicas de saúde, especialmente no âmbito da atenção primária, como instrumento fundamental para a promoção de direitos e a proteção da população idosa no contexto local.

Cabe destacar que este trabalho está vinculado ao projeto “PÓS-COVID-19 e as favelas brasileiras: a abordagem multidimensional e interseccional dos DSS no enfrentamento deste epifenômeno e das crises contemporâneas”. Desenvolvido por uma rede interinstitucional de pesquisa, essa vinculação possibilita que a pesquisa de campo seja realizada em consonância com os objetivos e diretrizes éticas do projeto, garantindo a integração dos dados coletados para o desenvolvimento dessa pesquisa, por meio do CAAE: 85185124.5.3013.5020.

Este trabalho monográfico tem como objetivo geral: Analisar a contribuição da atenção primária à saúde na identificação e prevenção da violência contra pessoas idosas no município de Parintins/AM, tendo como referência a Unidade Básica de Saúde Dr. Francisco Tussolini. Para alcançar esse propósito, foram definidos os seguintes objetivos específicos: Identificar os programas e serviços oferecidos pela UBS Dr. Francisco Tussolini voltados para a população idosa; verificar a percepção da pessoa idosa usuária do SUS na UBS Dr. Francisco Tussolini, sobre a violência e o cuidado familiar; e compreender como a equipe multiprofissional em saúde realiza a identificação e a prevenção da violência contra a pessoa idosa nos atendimentos da UBS Dr. Francisco Tussolini.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, bibliográfica e qualitativa, fundamentada no materialismo histórico-dialético, cujo objetivo é analisar a atuação da APS na identificação e prevenção da violência contra pessoas idosas. A coleta de dados foi realizada em três etapas: análise documental de legislações e relatórios disponíveis pela secretaria municipal de saúde, observação de campo e registros do diário de campo durante os três estágios supervisionados em Serviço Social, e entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde da UBS Dr. Francisco Tussolini e pessoas idosas usuárias da unidade de saúde.

As entrevistas foram realizadas com profissionais da saúde e pessoas idosas usuárias do equipamento de saúde, mediante consentimento prévio e gravação autorizada. Essa técnica é considerada um recurso essencial na pesquisa qualitativa, pois permite ao pesquisador captar percepções, significados e experiências dos participantes. Segundo Marconi e Lakatos (2003), a entrevista é uma técnica eficaz para obter dados diretamente da fonte, possibilitando uma compreensão aprofundada do objeto de estudo.

Portanto, a análise dos dados foi por meio da técnica de análise de conteúdo, que permite interpretar diferentes fontes e manifestações verbais e não verbais, proporcionando uma compreensão profunda dos significados presentes nas falas e documentos. Essa

abordagem metodológica possibilitará uma análise contextualizada e integrada, contribuindo para o entendimento das dinâmicas de violência contra pessoas idosas e da atuação da APS nesse cenário.

Nesse contexto, este estudo está estruturado em três capítulos. O Capítulo I, intitulado “Políticas Públicas de Saúde e a Atenção Primária no Contexto de Parintins/AM”, apresenta uma abordagem teórica sobre a política de saúde no Brasil, discutindo as transformações ocorridas ao longo das décadas e suas implicações. Além disso, o capítulo contextualiza a política de saúde no município de Parintins, destacando seus níveis de atenção e complexidade, com ênfase na Atenção Primária à Saúde.

O Capítulo II, “Envelhecimento no Brasil e na Amazônia: Proteção Legal e os aspectos da Violência”, aborda o processo de envelhecimento não apenas como uma condição biológica, mas como um fenômeno que envolve dimensões sociais, políticas e econômicas, especialmente no contexto da sociedade brasileira e da região amazônica. O capítulo também contempla o marco legal da pessoa idosa, traçando a trajetória histórica da conquista de seus direitos, e discute o fenômeno da violência, que embora presente em todas as fases da vida, assume características específicas na velhice.

O Capítulo III, intitulado “Equipes de Saúde na Atenção Básica: Identificação e Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa na UBS Dr. Francisco Tussolini”, apresenta a contextualização e caracterização do lócus da pesquisa, bem como os dados empíricos obtidos por meio de entrevistas com profissionais de saúde e pessoas idosas. Assim, o foco recai sobre as estratégias adotadas pela APS na identificação e prevenção da violência contra a população idosa atendida pela UBS Dr. Francisco Tussolini. Por fim, nas considerações finais, são discutidas as principais reflexões, sugestões e questionamentos decorrentes da análise dessas estratégias, contribuindo para o aprimoramento das práticas de cuidado e proteção à pessoa idosa.

CAPÍTULO I

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DE PARINTINS/AM

O presente capítulo aborda uma breve contextualização sobre a história da política de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, trazendo reflexões acerca dos determinantes históricos, sociais, políticos e econômicos que conformam o processo de formação da política de saúde no país. Evidencia-se, a trajetória das políticas de saúde no país em que reflete as características gerais do sistema de proteção social e, ao longo do século passado, foi marcada por uma estrutura dual. Ressalta-se que mesmo em um contexto que representa grandes ameaças e inflexões aos direitos sociais, houve grandes avanços políticos institucionais. Esse cenário impõe desafios constantes ao SUS no país, que enfrenta ameaças recorrentes tanto à sua sustentabilidade quanto na garantia dos direitos sociais da população brasileira. Desse modo, caracteriza-se o Sistema de Saúde do município de Parintins, contextualizando seus níveis de atenção à saúde, principalmente no que tange à Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvida pelos importantes equipamentos de saúde, as Unidades Básicas de Saúde, onde desenvolveu-se esta pesquisa.

1.1 Breve contexto da Política de Saúde e o Sistema Único de Saúde no Brasil

A trajetória da política de saúde no Brasil é complexa e dinâmica, devido a vários fatores históricos, sociais, políticos e econômicos, pois entende-se que esses fatores moldam a construção das políticas sociais, como a de saúde ao longo dos séculos no país. Dessa maneira, percebe-se que esses aspectos estão intrinsecamente ligados à própria história do país, fruto da colonização e da exploração e que até os tempos de hoje sente os impactos da exploração e invisibilidade social, os quais passam por problemas que vão desde a desigualdade social à má distribuição de renda e ao acesso a direitos básicos, como de saúde, educação e habitação.

Desta forma, quando analisamos a política de saúde, percebemos que é a própria história de formação do país: mesmo envolto por avanços e a criação do sistema de saúde, os problemas ainda evidenciam que essa trajetória está em processo de amadurecimento e fortalecimento da saúde pública. Nesse sentido, a política de saúde passa por muitas transformações e lentos processos em sua constituição, mas que foram marcos importantes para os avanços no campo das políticas sociais no país na contemporaneidade.

Conforme Bravo (2013), foi na primeira assembleia realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 1948, em Genebra, que se concebeu o novo conceito de saúde, sendo entendida como o completo bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e não somente a ausência de doenças. Sendo assim, a saúde passa a ser considerada como um meio para o desenvolvimento e o bem-estar dos indivíduos e populações, indo além da simples garantia do bem-estar físico do indivíduo, pois, para assegurar condições adequadas de saúde à população, é essencial considerar fatores culturais, psicológicos, sociais e econômicos, visto que esses aspectos influenciam diretamente as condições de vida dos indivíduos e das coletividades.

Assim, para que as políticas públicas de saúde sejam eficazes, devem abranger não apenas a oferta de serviços médicos e hospitalares, mas também estratégias que promovam condições acessíveis para a qualidade de vida dos sujeitos sociais (Czeresnia, 2003).

As protoformas de políticas sociais em relação à saúde no contexto internacional surgiram a partir do século XVIII, sendo parte de uma estratégia de legitimação da ordem burguesa e da acumulação capitalista. Por conseguinte, na segunda metade do século XIX passa a ser reconhecida como questão política. Dessa forma, entende-se que o setor da saúde se ampliou pelas necessidades sociais, as quais foram sendo determinadas pelo processo de expansão do capital e pela elevação da luta de classes (Bravo, 2013).

No Brasil colonial do século XVIII, a sociedade, majoritariamente rural, era voltada apenas para a exportação e enfrentava um cenário de saúde marcado pela prevalência de doenças e pestilências. A estrutura e organização dos serviços de saúde era precária, baseada em conhecimentos tradicionais e sem fundamentação científica. A assistência à saúde, nesse contexto, se desenvolvia por meio de práticas filantrópicas e liberais, com a criação das Santas Casas de Misericórdia, instituições que atendiam a população mais pobre e que não possuíam um viés lucrativo, pois eram guiadas por princípios religiosos (Bravo, 2013, p. 111).

Nesse contexto, as políticas públicas de saúde constituem um pilar fundamental dos sistemas de proteção social, principalmente no século XX. Nas últimas décadas, vários países passaram por processos de reforma que repercutiam sobre os direitos civis, políticos e sociais. Consequentemente, também sobre as políticas sociais, incluindo as de saúde, em geral sob diretrizes de redução da intervenção estatal e de expansão do espaço de atuação dos mercados no campo dos serviços públicos (Machado et al., 2012).

A saúde no Brasil emerge como questão social a partir do século XX, em um contexto da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo os avanços no âmbito da divisão do trabalho, visto que se tinha a emergência do trabalho assalariado e o processo de

desenvolvimento de forma embrionária das características de política social nesse cenário (Braga e Paula, 1986, p.41-42).

Com base em Bravo (2009), foi na década de 1930 que surgiram as iniciativas de organização na área da saúde no Brasil, pois anteriormente a isso era pautada na assistência médica filantrópica e na prática liberal e, devido as mudanças nos âmbitos da economia e da política, as autoridades começaram a implantar estratégias de ação na área da saúde pública. E foi a conjuntura da década de 1930, com suas características econômicas e políticas, que possibilitou o surgimento de políticas sociais no país.

Conforme aponta a autora Bravo (2009),

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30 (Bravo, 2009, p. 2).

Ressalta-se que a saúde pública no país, tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas, assim como edições de muitas normas e regulamentações. Sendo assim, desde a fase da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir desse contexto iniciou-se uma série de transformações, ou seja, foram criados e extintos vários órgãos de controle e prevenção de doenças (Funasa, 2017).

Segundo Fonseca (2007), a trajetória das políticas de saúde no Brasil reflete as características gerais do sistema de proteção social e, ao longo do século passado, foi marcada por uma estrutura dual. Essa dualidade teve implicações diretas para o direito à saúde, manifestando-se de duas formas principais: de um lado, a implementação de ações voltadas à saúde pública e de outro, a assistência médica previdenciária. Essa divisão não apenas moldou a organização do sistema de saúde brasileiro, mas também deixou impactos duradouros em sua estrutura e funcionamento.

No que se refere a questão da saúde preventiva, ao longo de toda existência, o Brasil enfrentou diversas dificuldades constitucionais e administrativas, resultante dos limitados desenvolvimentos científicos, tecnológicos e industriais, bem como, pela ampliação da assistência médica atrelada à lógica capitalista. Mas, também, principalmente pelo lento processo de formação de uma sociedade com consciência de direitos e de cidadania.

Nesse contexto, desde a década de 1930, foi possível verificar e identificar várias mudanças decorrentes das transformações nos âmbitos econômicos, políticos e sociais: no bojo de políticas sociais, se tinha uma política de saúde pautada em dois setores, o da saúde pública e o da medicina previdenciária, dominantes até a década de 1960 e terminou com a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas (Bravo, 2013, p. 132).

Cabe ressaltar o contexto histórico da década de 1960, em que o país passou por um período de repressão e que também marcou a constituição da política de saúde no Brasil. Em face da questão social nesse período, o estado utilizou-se da sua intervenção do binômio entre a repressão e a assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, apenas com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, amenizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime autoritário, também sendo um mecanismo de acumulação do capital.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional organizada em dois setores, o da saúde pública e o da medicina previdenciária. O setor de saúde pública predominou até meados dos anos 1960, o de medicina previdenciária só veio sobrepujar o primeiro a partir dos anos de 1966 (Bravo, 2009). Dessa forma, tanto na saúde pública quanto na previdência social, o setor de saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A partir disso, a saúde pública sofreu no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, no ano de 1966.

Os problemas de saúde no país eram graves, e mesmo com a criação de um aparelho estatal, ele não conseguia atender adequadamente às necessidades reais da população. Os gastos eram limitados, e o modelo sanitário da época exigia altos custos. Nesse contexto, surgiu a medicina previdenciária na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que buscavam oferecer assistência médica aos trabalhadores vinculados à previdência social. No entanto, essa estrutura ainda apresentava limitações, já que seu foco estava nos contribuintes, deixando parte da população sem cobertura adequada.

Conforme Bravo (2009), o bloco de poder instalado no aparelho estatal na ditadura não conseguiu, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, e precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil. Sendo assim, houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais. Desse modo, a política social nesse período teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da questão social, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares.

Assim, a política nacional de saúde enfrentou desafios constantes relacionados à expansão dos serviços, à disponibilidade financeira e às conexões burocráticas entre o estado e o setor privado. Apesar das reformas organizacionais, a ênfase permaneceu na previdência social, com foco em ações curativas conduzidas pelo setor privado. Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde (MS) criado no ano de 1953, tentou retomar medidas voltadas à saúde pública, mas de forma limitada, o que aprofundou as contradições no sistema nacional de saúde no país.

Conforme Fleury (1997), surgiu em meados da década de 1970 um movimento postulando a democratização da saúde, justamente em um período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura civil-militar. Como os estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde, passaram a defender mudanças na saúde, culminando na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) no ano de 1976, o qual desempenhou um papel fundamental na busca pelos direitos e ao acesso a saúde pública.

Dessa forma, o contexto da década de 1970 foi marcado por grandes mudanças políticas, econômicas e sociais, em que caracterizam momentos importantes para a política de saúde no país, como apontam os autores Paiva e Teixeira (2014, p. 20):

No contexto brasileiro, esses debates em torno da saúde ocorreram em um cenário de grandes transformações políticas e sociais. No campo político, os anos 1970 marcam um momento de grande repressão, mas também originam iniciativas de distensão nos primeiros passos rumo à abertura democrática. Eleições para o Senado (1974, 1976 e 1978), o abrandamento da censura (1975 e 1979), a lei da anistia (1979), a volta ao pluripartidarismo e o fim do AI-5 (1979) dariam o tom às transformações do regime no que se convencionou chamar de abertura lenta e gradual.

No que diz respeito à saúde, esse período foi marcado por uma maior articulação dentro do Ministério da Saúde (MS), que intensificou o repasse de verbas para os estados e implementou projetos voltados ao controle de doenças como hanseníase, tuberculose e câncer (Braga, Paula, 1986). No ano de 1975, o regime promulgou a Lei n.º 6.229, instituindo o Sistema Nacional de Saúde. Sobre esse período destaca-se essa iniciativa como um passo crucial na separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária, consolidando atribuições distintas para o MS e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

As narrativas em torno da reforma sanitária brasileira situam, como regra, a origem do movimento na segunda metade dos anos 1970, período marcado pela criação do Centro

Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e, três anos depois, pela fundação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Entretanto, o processo de formação dos atores e instituições ligados à transformação do sistema de saúde vigente remonta a diversos fatores. Entre eles, destacam-se o desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva, iniciados na década de 1950, e o fortalecimento de uma visão crítica ao regime autoritário, que considerava sua queda essencial para a construção de um sistema de saúde eficiente e democrático (Paiva, Teixeira, 2014).

No contexto da década de 1980, a saúde passou a ser debatida por novos sujeitos sociais e envolver as verdadeiras condições de vida da população brasileira, além das propostas de governo para a saúde. O desenvolvimento desse processo permitiu abrir um amplo debate para que a saúde pública deixasse de ser pauta e interesse apenas técnicos, para assumir uma dimensão política vinculada a democracia e as necessidades reais da população brasileira (Bravo, 2009).

Ressalta-se que a década de 1980 foi um período de muitas mobilizações sociais e políticas a respeito do direito à saúde, como no caso do movimento da reforma sanitária brasileira, estruturado sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor da saúde (Paim, 2008). Ele partiu de críticas ao caráter fragmentado, privatista e excludente da política de saúde até então imposta no país. Desse modo, o projeto da reforma sanitária, visando o SUS como uma estratégia, tem como base um estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde pública no país.

No movimento de redemocratização do Brasil, cresceram os ideais pela reforma da sociedade brasileira, com o envolvimento de vários segmentos da sociedade e atores sociais. Sanitaristas ocuparam postos importantes no aparelho estatal, assim a democratização na saúde fortaleceu-se no movimento pela reforma sanitária, avançando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, a qual conferiu as bases legais para a criação do Sistema Único de Saúde, popularmente conhecido como o SUS (Bravo, 2009).

Na Constituição Federal, instituída em 5 de outubro de 1988, a saúde foi reconhecida como um direito de cidadania e inserida em uma concepção ampla de seguridade social, a qual passa a ser garantida mediante políticas econômicas e sociais abrangentes e pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, a implantação do projeto da Reforma Sanitária exigia o enfrentamento de distorções estruturais do sistema de saúde e tinha como objetivo a superação do grande quadro de desigualdade social de saúde no país.

Dessa maneira, a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, aborda em seu artigo 198 as principais diretrizes para a política de saúde no país, as quais devem orientar a sua instituição:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Décadas após a promulgação da Carta Constitucional de 1988, é importante a análise da política nacional de saúde na atualidade, base fundamental para o entendimento de possibilidades e dos limites da proteção social no país. Mas, principalmente no que tange à questão da saúde pública, dada a relevância das políticas universais abrangentes para a busca da igualdade e da cidadania nacional, a qual visa o reconhecimento dos direitos sociais universais (Machado, et al., 2012).

Cabe destacar que as conquistas do final da década de 1980, sofreram grandes impactos da inflexão conservadora com a ascensão de políticas e medidas neoliberais. Evidencia-se que a década de 1990 no Brasil foi marcada pela convivência entre a democracia e a liberalização econômica. Sendo assim, o percurso da política de saúde no país na década de 1990, seguiu e expressou as condições socioeconômicas do contexto da sociedade, entre tensões da reforma sanitária e a contrarreforma do estado pautado no neoliberalismo (Behring, 2008).

Ressalta-se que mesmo em um contexto que representa grandes ameaças e inflexões aos direitos sociais, houve grandes avanços políticos institucionais, tais como a unificação do comando da política nacional de saúde no âmbito do Ministério da Saúde e a construção de arcabouço institucional e decisório para o SUS. Sendo assim, demarca-se outro avanço, que diz respeito ao crescimento das ações e serviços públicos de saúde no território nacional.

Portanto, o sistema de saúde brasileiro apresenta avanços importantes desde o período de redemocratização no país, como a expansão de políticas e de serviços públicos de saúde e a adoção de mecanismos participativos na condução dessas políticas públicas. No entanto, ainda persistem grandes desafios no âmbito da saúde, dada a sua implementação no contexto da sociedade capitalista, visto que não há como falar da política de saúde no Brasil

sem abordar os acontecimentos políticos, sociais e econômicos, pois a política de saúde acompanhou o processo de consolidação da sociedade brasileira.

1.1.1 Sistema Único de Saúde

A política de saúde exerce um papel fundamental no cuidado da população, principalmente para os segmentos mais vulneráveis da sociedade. Nesse contexto, podemos destacar a importância da inserção de políticas que desempenham um papel crucial na promoção da saúde e, conseqüentemente, na garantia do acesso aos direitos sociais para a população.

A Constituição Federal de 1988 representa um marco fundamental no processo democrático brasileiro, especialmente no que se refere à seguridade social. Nos artigos 196 a 200, estabelece a saúde como um direito universal e um dever do estado, assegurado por meio de políticas sociais e econômicas tendo como base diretrizes com o objetivo de reduzir riscos de doenças e outros agravos, além de garantir o acesso igualitário e universal às ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Brasil, 1988).

Ressalta-se a Lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, instituída em 19 de setembro de 1990 e que estabeleceu as bases do SUS no Brasil. Essa legislação define as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de regulamentar a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Conforme seu Art. 1º “Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (Brasil, 1990).

Dessa forma, reforça-se que a saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos, desempenhando um papel essencial na vida dos usuários que dependem do SUS. Além disso, destaca-se a importância dos seus princípios e diretrizes, que estruturam a prestação de serviços e garantem a qualidade do atendimento, sendo eles, conforme Art. 7º da mencionada Lei:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a [Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013](#). [\(Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017\)](#)
- XV – proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. [\(Incluído pela Lei nº 14.679, de 2023\)](#)
- XVI – atenção humanizada. [\(Incluído pela Lei nº 15.126, de 2025\)](#)

A organização do SUS desempenha um papel fundamental na definição e implementação de planos, programas e projetos, assegurando que todos estejam articulados em conformidade com suas bases e diretrizes. O Capítulo III da legislação do SUS trata especificamente de sua estrutura organizacional, direção e gestão, destacando elementos essenciais para o funcionamento do sistema e a coordenação das ações de saúde em nível nacional, estadual e municipal. Evidencia-se o papel de cada esfera de gestão, sendo elas, conforme Art. 8º:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
 - II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
 - III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.
- Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.
- § 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.
- § 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.
- Art. 11. (Vetado).
- Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

O SUS, conforme destacado pelo Ministério da Saúde, oferece um atendimento abrangente, que vai desde ações básicas, como a aferição da pressão arterial na atenção primária, até procedimentos complexos, como transplantes de órgãos. Dessa forma, sua implementação garantiu o acesso universal, integral e gratuito aos serviços públicos de saúde, sem qualquer tipo de discriminação. O SUS fundamenta-se na promoção da qualidade de vida, priorizando a prevenção e o cuidado integral da saúde da população e das coletividades.

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto com ações quanto a oferta de serviços de saúde, englobando a atenção primária, média e de alta complexidade, destacando os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológicas, sanitária, ambiental e a assistência farmacêutica (Ministério da Saúde, 1990).

Cabe destacar os aspectos de continuidade da política de saúde na década de 1990, refletindo um modelo marcado pela focalização, precarização e terceirização dos recursos humanos, além do desfinanciamento e da fragilidade na viabilização da concepção de seguridade social. Esse cenário resultou na fragmentação e no sucateamento do sistema de saúde, pois o país vive de forma aguda as consequências de uma opção política que desencadeou a adoção dos ajustes neoliberais em todas as suas dimensões econômicas e sociais (Bravo, 2013).

No contexto atual, abordar o tema sobre o direito à saúde é estar em uma situação de insegurança, pois é uma política que vem sofrendo e tem sido prioridade para o processo de privatização. Desta forma, é perceptível que a privatização no Brasil não é um fato localizado, ela segue a lógica internacional pautada no neoliberalismo. Diversos países como Portugal e Espanha também são exemplos, onde antes havia sistemas públicos de saúde consolidados.

Sendo assim, essas agressões aos direitos sociais não têm sido realizadas sem a presença dos movimentos sociais de trabalhadores e usuários da política de saúde. No entanto, o projeto hegemônico do capital é tão voraz que possui estratégias e armas muito piores na luta contra os defensores da saúde e do estado de direito (Matos, 2013).

Segundo Paim (2011), a forma de financiamento da política de saúde, as relações público-privadas que estão presentes no sistema de saúde brasileiro, entre outros fatores são ameaças constantes para a política de saúde no país. Cujo enfrentamento requer o fortalecimento da base política e social de apoio ao SUS, os quais são essenciais para a efetivação dos seus princípios e diretrizes impostos pela Constituição Federal de 1988 e reafirmados pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).

Nesse sentido, Bravo (2009) destaca que o projeto da reforma sanitária vem perdendo forças na disputa em face ao crescimento do mercado no campo da saúde pública no país. Dessa maneira, os valores e diretrizes que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, presentes na Constituição de 1988, estão presenciando um processo de substituição pautados em valores individualistas, processo pelo qual fortalecem a consolidação de um SUS para os mais pobres e a segmentação do sistema de saúde brasileiro.

Desse modo, desde sua concepção, a saúde no Brasil tem sido profundamente influenciada por fatores políticos, econômicos e sociais, os quais deixaram impactos duradouros na estrutura do sistema de saúde. As relações público-privadas desempenharam um papel central na construção do SUS, especialmente em um período marcado pela ascensão do neoliberalismo no país. Esse cenário impõe desafios constantes ao sistema de saúde brasileiro, que enfrenta ameaças recorrentes tanto à sua sustentabilidade quanto na garantia dos direitos sociais da população brasileira.

1.1.2 Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) referem-se aos fatores que influenciam diretamente a ocorrência, a distribuição e os desfechos da saúde e da doença nas populações. Esses fatores englobam dimensões econômicas, sociais, políticas, culturais e simbólicas, refletindo as formas como os indivíduos e grupos sociais compreendem, vivenciam e respondem às questões de saúde e enfermidade. Além desses aspectos, é imprescindível considerar a política de saúde vigente e a estrutura organizacional dos sistemas de prestação de serviços de saúde em cada sociedade, pois ambos exercem papel decisivo na configuração das condições de vida e no acesso equitativo aos cuidados em saúde. Dessa forma, os DSS

não apenas moldam o perfil epidemiológico das populações, mas também revelam as desigualdades sociais que permeiam o campo da saúde pública (Ribeiro; Barata, 2012, p. 143).

A análise das relações entre saúde e seus determinantes sociais emerge a partir de uma evolução histórica de paradigmas que moldaram a compreensão do processo saúde-doença nas sociedades, especialmente desde o final do século XIX. Inicialmente, é fundamental compreender o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que abrange uma ampla gama de fatores, tais como, sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, os quais influenciam diretamente a ocorrência de agravos à saúde e seus fatores de risco na população, conforme definido pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).

Nesse contexto, destaca-se também a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que adota uma abordagem mais concisa ao caracterizar os DSS como as condições sociais em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Essa perspectiva reforça a ideia de que o ambiente social é um componente essencial na determinação dos níveis de saúde de uma população. Complementando essa visão, a autora Nancy Krieger (2001) introduz uma dimensão de intervenção ao definir os DSS como os fatores e mecanismos pelos quais as condições sociais afetam a saúde, enfatizando que esses elementos podem ser modificados por meio de ações informadas e estratégicas. Já Tarloy (1996) propõe uma definição sintética e abrangente, descrevendo os DSS como as características sociais dentro das quais a vida se desenrola (Buss; Filho, 2007, p. 78).

Nas últimas décadas, houve um avanço significativo nos estudos sobre os determinantes sociais da saúde (DSS), tanto no Brasil quanto internacionalmente. Esses estudos investigam como a organização social influencia a saúde das populações, com destaque para as iniquidades em saúde, desigualdades sistemáticas, evitáveis e injustas entre grupos. Nancy Adler identifica três gerações de pesquisas: a primeira relaciona pobreza e saúde; a segunda analisa gradientes socioeconômicos; e a terceira busca entender como a estratificação social afeta biologicamente os indivíduos.

O principal desafio é compreender como fatores sociais, econômicos e políticos se articulam e influenciam a saúde, não de forma direta, mas por meio de mediações complexas. Isso explica por que países com alto PIB podem ter indicadores de saúde inferiores aos de países mais igualitários. Outro desafio é distinguir os determinantes individuais dos coletivos, pois fatores como dieta ou tabagismo não explicam plenamente as diferenças entre grupos

sociais. A equidade na distribuição de renda e a coesão social são mais determinantes para a saúde coletiva do que comportamentos individuais.

Outro ponto, aborda a atenção primária à saúde (APS) no Brasil, especialmente no contexto das políticas formuladas a partir da criação do SUS, tem sido marcada por disputas conceituais e por diferentes formas de implementação. Essas abordagens variam entre modelos mais biomédicos e focalizados, voltados para o tratamento de doenças, e modelos abrangentes, que reconhecem a saúde como resultado de múltiplos fatores sociais, econômicos e ambientais. Assim, a coexistência dessas concepções ao longo do tempo reflete não apenas divergências técnicas, mas também embates políticos e ideológicos sobre o papel do estado na promoção da saúde.

Dessa maneira, antes da institucionalização do SUS, a APS abrangente já se destacava como uma proposta inovadora, especialmente entre universidades e municípios com governos de orientação social-democrata, que se opunham à ditadura militar. Essa abordagem valorizava os determinantes sociais da saúde, como habitação, saneamento, alimentação, educação, trabalho e renda, pois buscava integrar ações de saúde com políticas públicas voltadas ao desenvolvimento social e econômico. Portanto, a APS, nesse contexto, não se limitava ao atendimento clínico, mas se articulava com estratégias de transformação das condições de vida da população.

O movimento da Reforma Sanitária brasileira foi fundamental para consolidar essa visão ampliada da saúde. Ele defendia que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, e que sua promoção exige ações intersetoriais e participação social. A APS abrangente, inspirada por esse movimento, passou a ser vista como um instrumento de justiça social, capaz de enfrentar as desigualdades e promover equidade. Desse modo, com a criação do SUS, essa concepção foi incorporada às diretrizes do sistema, embora em constante disputa com modelos mais restritivos e focalizados.

Destaca-se também, a Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo, pois representa um esforço de operacionalizar essa APS ampliada, atuando territorialmente e promovendo ações que consideram os determinantes sociais da saúde. No entanto, a implementação dessas políticas tem enfrentado desafios, como a fragmentação das ações, a descontinuidade de programas e a influência de interesses econômicos e políticos. Ainda assim, a presença dos determinantes sociais da saúde como referência nas políticas públicas de APS é um avanço importante na construção de um sistema de saúde mais justo, universal e integral.

Em suma, no Brasil, essas questões operacionais para efetivação de uma atenção primária abrangente somam-se aos desafios de se contrapor às persistentes pressões das agências multilaterais, década após década, para a implantação de uma atenção primária focalizada e seletiva. A reorganização do SUS orientada por uma atenção primária à saúde abrangente, condutora do processo de atenção com boa integração da rede de serviços e com orientação comunitária no enfrentamento de determinantes sociais, é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país (Giovannella; Mendonça, 2012, p. 542).

1.2 Níveis de Atenção à Saúde no SUS e a realidade no município de Parintins/AM

Passadas mais de três décadas desde a institucionalização do SUS, sua implantação e implementação avançaram significativamente, especialmente no que se refere à descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde no Brasil. Esse processo de descentralização permitiu uma maior proximidade do sistema com as realidades do país nos âmbitos social, político e administrativo, considerando as especificidades locais e regionais. Cabe destacar, que a complexidade crescente impôs novos desafios à gestão, exigindo estratégias para superar a fragmentação das políticas e programas de saúde. Para isso, investiu-se na organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços, além da qualificação da gestão, garantindo maior eficiência e resposta às necessidades da população (Brasil, 2006).

Nesse sentido, destaca-se a importância de citar as Normas Operacionais Básicas do SUS dos anos de (1991), (1992), (1993) e (1996), as quais possuem grande relevância para entendimento do processo de construção do SUS em suas formas de organização e gestão, assim como seu processo de financiamento e desenvolvimento dos papéis de cada esfera do governo. Como descrevem as autoras Junqueira e Castro (2002, p. 21)

As normas operacionais básicas- NOB - são portarias do Ministério da Saúde (MS) e, em princípio, têm a finalidade de nortear a transferência de recursos financeiros, contribuir para a definição mais clara dos papéis dos gestores federal, estaduais e municipais, e disciplinar a organização da gestão. Em 1991 e 1992 foram editadas ainda pelos INAMPS, a primeira e a segunda Normas Operacionais Básicas NOB-91 (Brasil, 1991) e NOB-92 (Brasil, 1992) que colocaram as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na mesma condição dos prestadores privados contratados pelo SUS, isto é, passando a receber pagamento por produção de procedimentos.

Nesse contexto, no que diz respeito à municipalização, a implementação da NOB-93 marcou um avanço significativo na descentralização da gestão da saúde no Brasil, permitindo que municípios assumissem um papel mais ativo na administração dos recursos e na definição de políticas locais.

No entanto, o processo foi acompanhado por desafios, especialmente relacionados à garantia de financiamento adequado e contínuo. O Decreto Federal nº 1.232/1994, ao viabilizar o repasse direto de verbas aos fundos estaduais e municipais, representou um passo essencial para a concretização do modelo semipleno, fortalecendo a autonomia dos gestores locais. Mesmo diante das incertezas, os municípios que aderiram à nova modalidade demonstraram disposição para inovar e estruturar sistemas de saúde mais eficientes e adaptados às necessidades da população (Junqueira, Castro, 2002).

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde do ano de 1996 tem como objetivo fortalecer e garantir o pleno exercício da gestão da atenção à saúde pelos governos municipais e do Distrito Federal, conforme previsto nos Artigos 30, incisos V e VII, e 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal. Além disso, promove a redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, impulsionando a consolidação dos princípios fundamentais do SUS e aprimorando a descentralização da administração pública da saúde.

Enquanto aprimora a gestão do SUS, a NOB-SUS 96 também promove a reorganização do modelo de atenção à saúde, redefinindo parâmetros essenciais para a estruturação e eficiência dos serviços prestados à população, sendo eles:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social (Brasil, 1997).

No Brasil, a busca por uma maior integração do sistema de saúde ganhou nova relevância com o Pacto pela Saúde (2006), o qual formalizou um acordo entre os gestores do

SUS. Esse pacto destaca a importância de aprofundar a regionalização e fortalecer a organização do sistema sob a forma de redes, estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade. Desse modo, sua efetivação ocorre por meio de três dimensões interligadas, garantindo uma gestão mais eficiente e equitativa, sendo elas caracterizadas pelo,

Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.

Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde (Ministério da Saúde, 2010).

Como apontado, a implementação do pacto se destaca em suas três dimensões, sendo o Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Essa abordagem viabiliza acordos entre as três esferas de gestão do SUS, permitindo a reformulação dos aspectos institucionais existentes. Além disso, impulsiona inovações nos processos e instrumentos de gestão, com o objetivo de aumentar a efetividade, eficiência e qualidade das ações. Ao mesmo tempo, redefine as responsabilidades coletivas na obtenção de resultados sanitários, alinhando-se às necessidades de saúde da população brasileira e promovendo a equidade social.

Com base na Constituição Federal de 1988, pode-se destacar no contexto brasileiro, o processo de regionalização, o qual configura-se como uma estratégia de delimitação de áreas e para fins de planejamento do desenvolvimento e administração dos serviços públicos. Desta maneira, evidencia-se a Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR), lançada no ano de 2007, com o objetivo principal de reduzir as desigualdades sociais e regionais (Decreto nº 6.047/2007).

A regionalização busca responder uma série de questões relacionadas ao planejamento, à descentralização política e administrativa, bem como à coordenação política, à solidariedade, articulação, segurança jurídica e equilíbrio nas relações entre os entes federados, à resolução de problemas em diferentes escalas e níveis de complexidade, à integração territorial, à organização de grandes sistemas técnicos e à conjugação de esforços no combate às desigualdades regionais na realidade brasileira.

Partindo desse entendimento, a regionalização e a municipalização no SUS, foram e são estratégias importantes para a organização da gestão do sistema de saúde na realidade

social do país, pois consiste na divisão de território em regiões de saúde, as quais podem englobar vários municípios, com o intuito de promover a integração e a cooperação entre as localidades para a prestação de serviços de saúde e para que seja mais eficiente e equitativa na busca pela descentralização do SUS, levando em consideração as particularidades e especificidades de cada região do Brasil.

A municipalização com o viés de autonomização dos municípios mostrou-se oposta à própria noção do sistema de saúde, hierarquizado, descentralizado, regionalizado e integrado. Dessa forma, a municipalização da saúde ocorre quando a gestão dos serviços e ações passam do governo federal e estadual para o âmbito dos municípios, visto que a descentralização dos serviços de saúde atende a determinação imposta pela Constituição Federal de 1988 e as definições estabelecidas na Lei Orgânica de Saúde, a Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 (Vianna, 1994).

A Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, como uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, além de aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vista a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. (Ministério da Saúde, 2010).

É de suma importância para este estudo abordar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pois desempenha um papel essencial na organização da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o Brasil, com especial atenção às áreas mais vulneráveis socialmente. Em um retrospecto, o Ministério da Saúde (2003) criou um grupo de trabalho para formular uma política nacional que revisasse e consolidasse a regulamentação do setor, buscando otimizar os investimentos públicos. Conforme Almeida et al. (2018), a primeira versão do PNAB foi publicada em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, um acordo entre os governos federal, estadual e municipal para fortalecer o SUS e aprimorar a sua gestão.

Destaca-se que o conteúdo dessas orientações está fundamentado no arcabouço normativo do SUS, enfatizando as Portarias do Pacto pela Saúde, a PNAB, a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), na publicação da regionalização solidária e cooperativa, além das experiências de apoio à organização das RAS promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em regiões de saúde de diversas localidades no país (Brasil, 2006).

A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico,

logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Desse modo, o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além da eficiência econômica.

Ainda, A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a sua função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção à saúde (Brasil, 2017).

Dessa forma, destaca-se o cenário brasileiro evidenciando a diversidade de culturas e particularidades regionais, com diferenças sociais, econômicas e de diferentes necessidades de ações e serviços de saúde. Conforme abordado pela PNAB, ressalta-se a importância de se organizar a atenção à saúde no âmbito do SUS atendendo às especificidades regionais e locais da realidade brasileira.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (Brasil, 2017, p. 2).

Nesse contexto, é inegável destacar os avanços alcançados pelo SUS nas últimas décadas, se tornando cada vez mais explícitas as dificuldades em superar a complexa fragmentação das ações e serviços de saúde, além das dificuldades de se qualificar a gestão do cuidado no cenário atual no país. Sendo assim, a organização da RAS requer a definição da região de saúde, o que envolve a delimitação de seus limites geográficos, a identificação da população atendida e o estabelecimento do conjunto de ações e serviços que serão ofertados, já que as competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão diretamente relacionadas à abrangência populacional, à acessibilidade e à escala necessária para a conformação dos serviços.

Conforme o Ministério da Saúde (2010), os níveis de atenção são caracterizados como fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS. Estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares e os níveis de atenção à saúde, variando do nível de menor densidade a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica sendo a atenção terciária à saúde. Destacam-se, nesse contexto, os níveis de atenção à saúde como elementos fundamentais para o uso eficiente dos recursos e para a definição do foco gerencial dos entes de governança da RAS.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 4.279/10, a APS atua promovendo ações individuais e coletivas, abrangendo desde a promoção e proteção da saúde até o diagnóstico, tratamento e reabilitação. Dessa maneira, ela busca integrar os serviços de saúde que, muitas vezes, operam de forma fragmentada com diversos desafios na sua implementação.

Para que a APS seja eficaz, ela se norteia em sete atributos e três ações fundamentais, sendo eles caracterizados pelo primeiro contato, o qual assegura um acesso inicial adequado, permitindo que os indivíduos recebam atendimento de forma rápida e eficiente, facilitando a resolução de problemas de saúde desde os primeiros sintomas. A longitudinalidade estabelece um vínculo duradouro entre profissionais de saúde e usuários, garantindo um acompanhamento contínuo ao longo do tempo e promovendo um cuidado mais personalizado. A integralidade da atenção visa atender todas as necessidades de saúde, proporcionando uma abordagem ampla e abrangente, que considera tanto aspectos preventivos quanto curativos. A coordenação desempenha um papel essencial na manutenção da continuidade do cuidado, articulando os diferentes serviços e níveis de atenção para evitar fragmentações no acompanhamento dos pacientes.

Ainda se destacam a centralidade na família, em que se valoriza o contexto familiar dos indivíduos, reconhecendo sua influência na saúde e no bem-estar, enquanto a abordagem familiar permite a adaptação do atendimento conforme as fases do ciclo de vida e as condições individuais de cada usuário dos serviços. Por fim, a orientação comunitária que busca ajustar os serviços de saúde às necessidades específicas da população, promovendo um atendimento eficaz, acessível e integrado, garantindo que as ações de saúde estejam alinhadas com a realidade local e contribuam para a equidade no acesso aos serviços do SUS.

Além disso, a APS deve cumprir três funções essenciais para garantir um atendimento eficaz e integrado (Mendes, 2002). A primeira sendo a resolução, que visa solucionar a maioria dos problemas de saúde da população, proporcionando respostas rápidas

e eficientes às demandas dos usuários. A segunda sendo a organização, que tem como objetivo estruturar os fluxos de atendimento, garantindo que os pacientes sejam direcionados corretamente entre os diversos serviços de saúde. Por fim, a responsabilização assegura que a APS mantenha o acompanhamento contínuo dos usuários, garantindo a atenção adequada em qualquer ponto do sistema, promovendo um cuidado integral e humanizado.

Nesse contexto, os níveis de atenção secundário e terciário à saúde se caracterizam pela demanda de recursos tecnológicos mais complexos, pois somente os serviços da APS não são suficientes para atender as necessidades de saúde da população e das coletividades no Brasil. Desta forma, os serviços e ações da APS precisam ser apoiados e complementados por outros níveis de atenção, com diferentes densidades tecnológicas para realizar atendimentos especializados nos âmbitos ambulatorial e hospitalar em sua medida e tempos adequados.

No contexto do Amazonas, a saúde é influenciada por diversas características específicas, decorrentes das particularidades regionais. Destaca-se a Secretaria de Estado do Amazonas (SES-AM), órgão da administração direta do poder executivo, que tem como responsabilidade formular e desenvolver a política estadual de saúde, sendo o seu objetivo central estruturar o SUS na região, garantindo à população um atendimento qualificado e equitativo. Desse modo, para alcançar essa meta, a SES-AM atua na coordenação e regulação local dos serviços de saúde, considerando as diretrizes e pactuações estabelecidas nos fóruns competentes, que incluem os Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional e estadual, assim como as Comissões Intergestoras nos níveis nacional, estadual e regional, assegurando uma gestão integrada e alinhada às necessidades da população amazonense (Plano Estadual de Saúde, 2020-2023).

A gestão estadual da saúde no Amazonas busca estabelecer uma administração pública eficiente e voltada para resultados, fundamentada nas diretrizes nacionais do SUS e nos objetivos estratégicos do governo do estado. Presente entre suas prioridades estão a descentralização dos serviços e o desenvolvimento regional da saúde, promovendo a articulação interfederativa para fortalecer o planejamento e a consolidação da regionalização do atendimento. Dessa forma, a estrutura da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, foi formalmente definida por meio das Leis nº 77/2007 e 123/2019, além das Leis nº 4.163/2015 e 4.455/2017, garantindo um modelo organizacional sólido.

No entanto, cabe salientar as desigualdades socioeconômicas e sanitárias que dificultam a universalização do SUS, especialmente na região norte, onde há escassez de médicos e serviços concentrados nas capitais, mesmo com a diretriz de regionalização na busca por reduzir essas disparidades por meio da integração dos níveis de atenção à saúde e

políticas inclusivas. É uma realidade bastante presente na região, que frequentemente fragmenta o acesso aos serviços de saúde em diversos municípios. Nesse cenário, os desafios como a infraestrutura precária, o baixo repasse de recursos e dificuldade na fixação de profissionais limitam esse avanço na região (Garnelo; et al, 2017).

Dessa maneira, o estado do Amazonas, possui 34 municípios que dependem exclusivamente do SUS para ter acesso a atendimentos de saúde, fato que evidencia os desafios enfrentados pela região norte. Em todo o Brasil, cerca de 1.915 municípios não possuem serviços particulares de saúde, o que impacta aproximadamente 15,7 milhões de pessoas. Essa realidade reforça a importância do SUS na garantia do acesso à saúde, assim como demonstra grandes indicadores que precisam ser levados em consideração, para que assim a política de saúde seja realmente efetiva (Brasil, 2023).

Dito isto, o processo de regionalização no estado do Amazonas se mostra de difícil apreensão, pois há carência de publicações e de informações institucionais consistentes e atualizadas. Para Mendes (2009), a regionalização compreende o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, administração, coordenação, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde num determinado território, onde caracteriza-se que a região norte apresenta muitas dificuldades na sua implementação.

A implantação de mecanismos de gestão colegiada e regionalizada na Amazônia tem sido lenta, e o estado do Amazonas não é uma exceção. Pois, o estado foi um dos últimos a aderir ao Pacto pela Saúde (2006), e no ano de 2010 somente metade dos municípios amazonenses tinham implementado tal adesão. Assim, ressalta-se um percurso lento e fragmentário do processo de regionalização, o qual está intimamente interligado com as condições estruturais desfavoráveis do plano local, dada as suas limitações políticas, econômicas e administrativas dos municípios que compõem a região em torno da capital Manaus, sendo uma realidade que não se descola da lógica da sociabilidade capitalista (Garnelo et al, 2017).

Portanto, a regionalização da saúde no Amazonas é um desafio constante diante da extensa territorialidade e da concentração dos serviços especializados em Manaus. Para que os níveis de atenção à saúde sejam devidamente estruturados, é essencial fortalecer a atenção primária nos municípios do interior, garantindo resolutividade e evitando deslocamentos desnecessários para a capital. Além disso, a organização de redes assistenciais deve contemplar centros de referência intermediários, possibilitando um atendimento hierarquizado e eficiente. A descentralização dos serviços, aliada ao investimento em infraestrutura e capacitação de profissionais locais, pode contribuir para uma maior equidade no acesso à

saúde, respeitando as características regionais e promovendo uma assistência mais integrada à população.

1.2.1 Atenção primária à saúde no município de Parintins

O município de Parintins é reconhecido por ser o segundo maior município da região leste da capital Manaus, pois possui um porte populacional de 96.372 habitantes de acordo com o último censo (2022), o qual representa cerca de 45% da população (IBGE, 2022). No entanto, o Ministério da Saúde (MS) ainda considera que a estimativa da população é de 116.439 habitantes para repasses financeiros até a presente data. Ainda, o município também é reconhecido nacional e internacionalmente por conta do Festival Folclórico de Parintins que ocorre no mês de junho. A figura 1 ilustra o mapa do município de Parintins, AM, o qual está situado na mesorregião do centro Amazonense e localiza-se a leste da capital do estado, cerca de 369 quilômetros.

Figura 1 – Mapa do município de Parintins, AM.



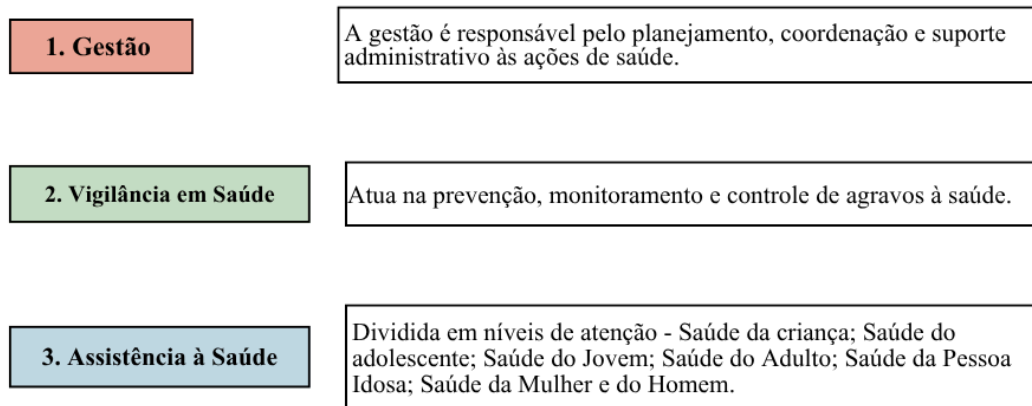
Fonte: Atlas Brasil, 2020

O Relatório Anual de Indicadores de Gestão das Políticas Públicas e Avaliação de Desempenho – Exercício 2023, apresenta as ações programadas e o grau de execução delas, na perspectiva de subsidiar análises para a identificação de avanços e desafios que precisam de enfrentamentos prioritários pelo gestor do município, com a perspectiva de melhorar o acesso e resolutividade do cuidado na Atenção à Saúde da população de Parintins.

A organização do sistema de saúde no município de Parintins, está sistematizada a partir da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), órgão da Prefeitura do Município, a qual é responsável por formular e executar a política municipal de saúde, atuando na efetivação do SUS, garantindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde e o compromisso com a defesa da vida da população. Ela é estruturada da seguinte maneira:

Figura 2 - Estrutura Organizacional da SEMSA

A SEMSA está estruturada em 3 grandes áreas integradas, que organizam e operam o processo de atenção à saúde.



Fonte: Site da SEMSA, 2024.

No que tange à Estratégia Saúde da Família (ESF), esta é composta por médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), desempenhando um papel essencial na promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado contínuo à população. Essa abordagem fortalece a qualidade e a eficiência dos serviços prestados, garantindo um atendimento mais próximo e humanizado para as comunidades.

No que se refere a respeito da APS no município de Parintins, está organizada e dividida da seguinte forma:

Quadro 1 – Organização da APS no município de Parintins (2023)

Área de Atuação	Descrição	Programas Governamentais
Cobertura da APS	74,05% da população coberta	Programa Saúde na Hora (4 unidades credenciadas)
Unidades Básicas de Saúde	10 na zona urbana, 6 na zona rural	Programa Médicos pelo Brasil
Unidade Básica de Saúde Fluvial	1 Unidade Fluvial	Unidade Odontológica Móvel
		Informatiza APS
		Programa Saúde na Escola

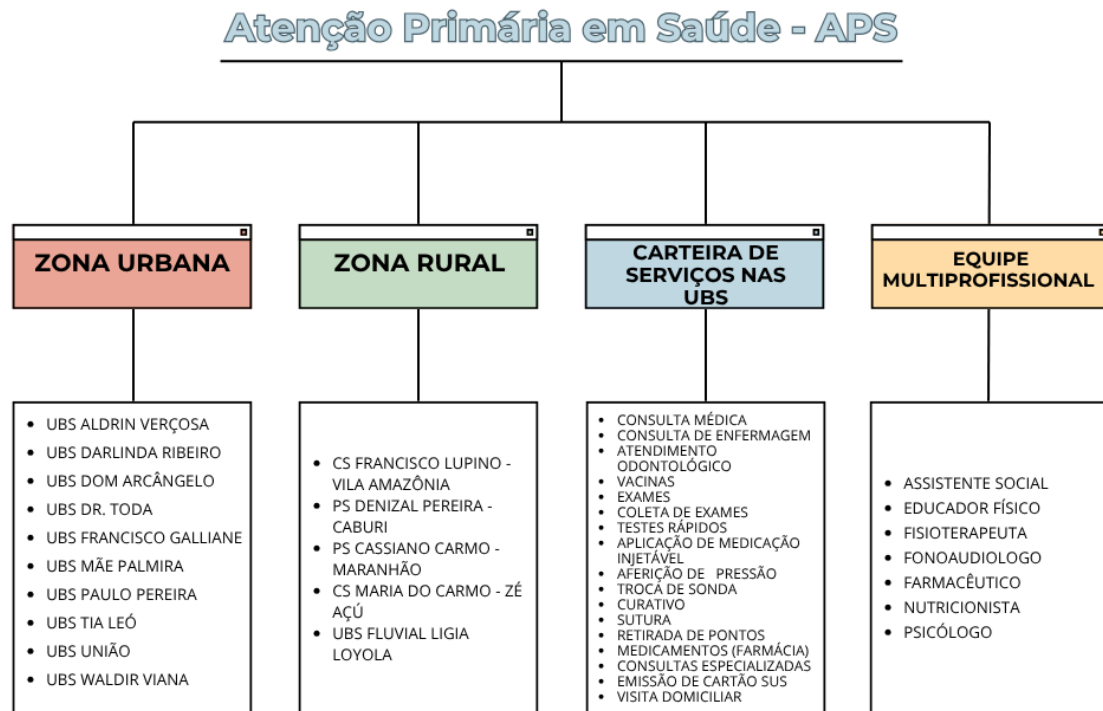
Fonte: Elaboração da própria autora, 2025.
Dados retirados do Relatório Anual de Indicadores – Exercício 2023

Nesse contexto, o sistema de saúde do município de Parintins segue as normativas e diretrizes nacionais para a implantação e implementação do SUS no país. Com a introdução do novo modelo de financiamento da APS, a configuração dos recursos destinados a esse nível de atenção passou por ajustes, impactando também outras políticas sociais. Essa reformulação resultou na redefinição das ações e serviços prestados no âmbito da APS, especialmente nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), promovendo uma homogeneização na estruturação desses núcleos.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Parintins (2017), o município contava com quatro Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) em funcionamento até a publicação da Nota Técnica nº 3/20220 DESF/SAPS/MS, em 27 de janeiro de 2020. Sendo assim, esse documento trouxe mudanças na organização, nomenclatura e financiamento dos NASFs-AB, provocando uma reformulação significativa na modalidade de atuação dessas unidades no município (Canto; Hauradou, 2021).

Conforme o Plano Municipal de Saúde (2022-2025), o município possui 16 Unidades Básicas de Saúde, sendo 10 localizadas na área urbana e 5 na zona rural do município, além de ter 1 UBS fluvial, cerca de 87,5% utilizam o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão). Dessa forma, proporciona melhor atendimento com agilidade na coleta de informações dos usuários. A rede de informação da APS do município possui uma estrutura com cerca de 200 equipamentos de informática, dentre eles, computadores, nobreaks, roteadores *wi-fi* e impressoras. A figura abaixo apresenta a organização das UBS no município de Parintins, destacando sua distribuição entre as zonas urbana e rural, bem como os serviços oferecidos pela APS por meio da Carteira de Serviços disponível no território:

Figura 3 – Rede de Serviços de Saúde de Parintins na Atenção Primária



Fonte: Site da SEMSA, 2024.

A rede de assistência à saúde no âmbito da APS no município caracteriza-se por oferecer serviços de baixa complexidade, com recursos tecnológicos básicos para o atendimento. Sendo assim, os usuários recebem cuidados essenciais, incluindo consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, além da administração de vacinas e a realização de outros procedimentos que demandam equipamentos e materiais simples. Dessa forma, o sistema garante o acesso a serviços fundamentais de saúde, promovendo o bem-estar da população dentro de suas capacidades estruturais.

Dito isto, quando os usuários necessitam de atendimentos especializados que demandam profissionais especialistas e de equipamentos tecnológicos avançados, são encaminhados para a níveis secundário e terciário na atenção à saúde. Nesses níveis, os serviços são prestados por meio de atendimentos ambulatoriais com especialistas, exames laboratoriais ou internações hospitalares. Nesse contexto, destaca-se a importância da APS, que atua como porta de entrada para o sistema e desempenha um papel fundamental na organização dos encaminhamentos para a rede de serviços especializados.

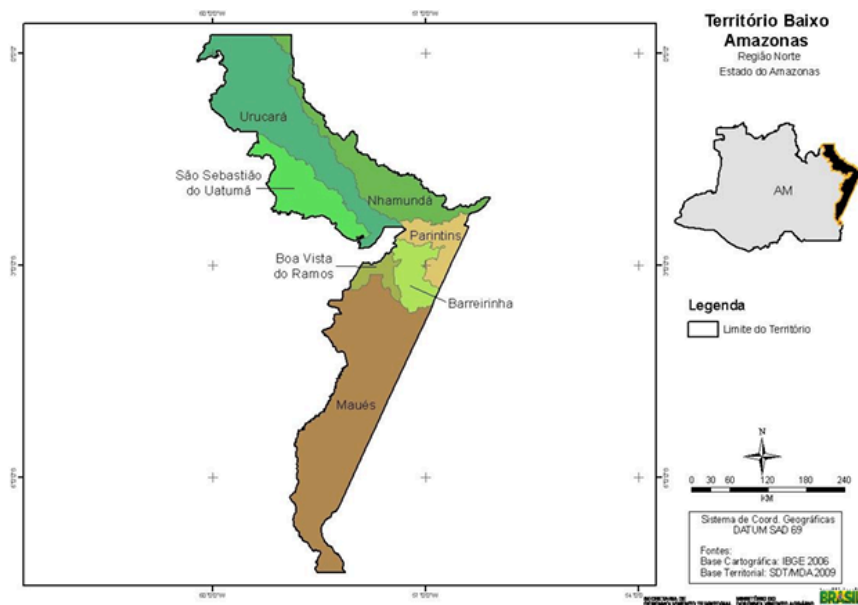
Já o Tratamento Fora Domicílio (TFD) é um programa essencial para garantir que os usuários tenham acesso a serviços especializados, quando esses não estão disponíveis em sua localidade. Ele viabiliza o atendimento em unidades de média e alta complexidade, abrangendo desde consultas e exames especializados até procedimentos hospitalares mais

avançados, assegurando a continuidade do cuidado e promovendo a equidade no acesso à saúde.

O Sistema Municipal de Saúde de Parintins opera sob uma gestão plena desde o ano de 2004, o que significa dizer que o município tem autonomia para administrar todos os serviços de saúde em nível local. Isso abrange o campo da Atenção Básica (AB), a APS, a qual é considerada a porta de entrada para o cuidado da população, até os serviços especializados de média e alta complexidade, tanto ambulatoriais quanto hospitalares. Dessa forma, o município assume um papel central na organização e oferta de serviços de saúde, buscando atender às necessidades da população de maneira integrada.

O Pacto pela Saúde (2006), foi uma iniciativa fundamental para aprimorar o Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo mudanças estruturais na gestão da saúde em diferentes níveis governamentais. Sendo assim, a sua adesão no sistema de saúde de Parintins em 2010, a partir do Plano Diretor de Regionalização, conforme a resolução nº 020/2002 (CIB/AM), o qual foi instituído como município de referência na região do baixo Amazonas e atende a municípios vizinhos, como do estado do Pará, embora não exista uma pactuação interestadual com o referido estado. A seguir imagem do mapa que ilustra os municípios abrangidos na regional do baixo Amazonas.

Figura 4 - Regional de Saúde do baixo Amazonas



Fonte: Base Cartográfica (IBGE, 2006).

Dito isto, essas medidas reforçaram o compromisso da cidade com melhorias na eficiência e eficácia dos serviços de saúde para a população da área urbana e rural. Ressalta-se, que essa política se baseou em três grandes eixos já mencionados: Pacto pela

Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, cada um voltado para fortalecer áreas específicas, como acesso universal à saúde, valorização do sistema público e aprimoramento da administração dos recursos do sistema de saúde. O município dispõe de serviços que abrangem a atenção primária em saúde, atenção especializada ambulatorial e hospitalar, além da vigilância em saúde.

Nesse contexto, o município de Parintins oferece serviços públicos essenciais para atender às necessidades básicas da população, com importantes equipamentos de saúde. No âmbito da saúde pública, a SEMSA, a qual é responsável por coordenar recursos e demandas administrativas, garante a prestação de serviços fundamentados nos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Desta forma, a SEMSA abrange tanto os moradores residentes da área urbana quanto os das comunidades da zona rural, como ribeirinhos, indígenas e quilombolas.

A rede de saúde do município possui dois hospitais, sendo eles o Hospital Padre Colombo e o Hospital Regional Jofre Cohen, ambos oferecendo serviços de emergência. Além disso, Parintins dispõe de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada no Bumbódromo. Complementando essa estrutura, a cidade ainda possui duas unidades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), laboratórios, banco de sangue, central de resgate, Centro de Especialidades Odontológicas e um Centro de Telemedicina. No âmbito da atenção básica, há cerca de 16 UBS, sendo 10 presentes na área urbana e 6 na zona rural, dentre elas uma UBS Fluvial, garantindo a cobertura da assistência à saúde para toda a população parintinense.

A estrutura física da rede de saúde de Parintins, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em sua competência do ano de 2021, apresentava uma rede pública municipal equipada para oferecer serviços no âmbito da vigilância e assistência à saúde. Com foco direcionado nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, visto que são equipamentos que desempenham um papel essencial na garantia do bem-estar da população, fortalecendo o acesso a cuidados de qualidade e contribuindo para a eficácia e eficiência da política de saúde. Conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 2 – Estrutura Física da rede municipal de saúde de Parintins (2022)

Tipo de estabelecimento	Estadual	Municipal	Total
CENTRAL DE REGULAÇÃO	1	01	02
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	-	01	01
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS		01	01

CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	-	15	15
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL		01	01
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	-	04	04
CONSULTÓRIO	-	04	04
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERAPIA E/OU HEMATOLÓGICO	-	01	01
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS-CEO	-	01	01
FARMÁCIA	-	01	01
HOSPITAL GERAL	-	01	01
POLICLÍNICA	-	02	02
SECRETARIA DE SAÚDE	-	01	01
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	-	03	03
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	-	03	03
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE		03	03
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE		01	01
Total	1	44	45

Fonte: CNES/MS.

Notas: Dados filtrados pela Esfera Jurídica: Administração Pública Municipal.

No que diz respeito à atenção básica no município, a qual é considerada a porta de entrada preferencial no sistema de saúde, através da ESF, ressalta-se que no município possui 30 Equipes ESF, 24 Equipes de Saúde Bucal e 04 NASF, equipes estas distribuídas entre as 16 UBS. A seguir, apresenta-se um quadro ilustrativo que demonstra a distribuição das equipes ativas por tipologias.

Quadro 3 - Distribuição das equipes (ESF ativas por tipologias)

	Zona Urbana	Zona Rural	Total
ESF	24	05	29
ESB	18	06	24
ESFF	-	01	01
NASF/EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	03	01	04
ACS	158	139	297
ENFERMEIROS	24	06	30
MÉDICOS	24	06	30

Fonte: SCNES/2022.

As UBS são equipamentos de saúde que estão presentes no município, as quais são compostas por duas a três equipes da ESF. Essas equipes atuam na assistência à população adscrita, composta por cerca de 2.000 a 3.500 pessoas por território. Desse modo, a população adscrita recebe um acompanhamento contínuo e integral por parte das equipes de saúde ESF e multiprofissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado aos usuários do SUS, visto que que nem toda atenção primária à saúde possui uma equipe ESF. Isso se dará em conformidade com a necessidade do território de saúde, o que não é a realidade do município de Parintins.

Dessa forma, para atender as demandas da população do território de abrangência, a equipe ESF possui em sua composição, os seguintes profissionais:

(I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (Brasil, 2017).

Cabe destacar, que o NASF foi renomeado para a nomenclatura Equipe Multiprofissional (e-Multi), conforme a Portaria nº 635 da GM/MS, de 22 de maio de 2023. Esta equipe é composta por diversos profissionais, tais como nutricionista, psicóloga, assistente social, educador físico, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Juntos, eles atuam com as equipes de saúde ESF no atendimento da população adscrita, promovendo o cuidado interdisciplinar e ampliando o acesso a serviços especializados dentro da atenção primária.

As equipes ESF e E-multi desempenham um papel fundamental na promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população dentro de seus territórios. Suas atividades abrangem atendimentos internos e externos, incluindo visitas domiciliares individuais ou em grupo, ações coletivas e consultas compartilhadas com outros profissionais da saúde para a construção do plano de cuidado e outras atribuições. Essa abordagem integrada fortalece o cuidado ao longo de toda a vida, desde a infância até a velhice, garantindo um suporte contínuo para o processo de envelhecimento saudável da população. Desse modo, o trabalho conjunto dessas equipes se torna indispensável para a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos ao longo dos anos.

Conforme o Art. 2º da Portaria nº 635 da GM/MS de 2023, a qual dispõe sobre as diretrizes e objetivos do processo de trabalho das e-Multi, para o atendimento da demanda em saúde dos usuários, da população e do território, evidenciam-se:

- I - facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde, por meio do trabalho colaborativo entre profissionais das eMulti e das equipes citadas no parágrafo único do art. 4º;
- II - pautar-se pelo princípio da integralidade da atenção à saúde;
- III - ampliar o escopo de práticas em saúde no âmbito da APS e do território;
- IV - integrar práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde, vigilância e formação em saúde na APS;
- V - favorecer os atributos essenciais e derivados da APS, conforme orientado pela Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, por meio da atenção interprofissional, de modo a superar a lógica de fragmentação do cuidado que compromete a corresponsabilização clínica;

VI - oportunizar a comunicação, integração e articulação da APS com os outros serviços da RAS e intersetoriais, contribuindo para a continuidade de fluxos assistenciais;

VII - contribuir para aprimorar a resolubilidade da APS; e

VIII - proporcionar que a atenção seja contínua ao longo do tempo, por meio da definição de profissional de referência da eMulti e equipe vinculada, a fim de qualificar a diretriz de longitudinalidade do cuidado.

Parágrafo único. Incumbe às eMulti, prioritariamente, o desenvolvimento da integralidade das seguintes ações:

I - o atendimento individual, em grupo e domiciliar;

II - as atividades coletivas;

III - o apoio matricial;

IV - as discussões de casos;

V - o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes;

VI - a oferta de ações de saúde à distância;

VII - a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e

VIII - as práticas intersetoriais (Brasil, 2023).

Dessa forma, a Portaria nº 635 da GM/MS de 2023 reafirma o compromisso com uma atenção primária à saúde fortalecida, resolutiva e integrada, valorizando o trabalho interprofissional das equipes e-Multi como estratégia essencial para promover o cuidado contínuo, integral e articulado no território. Assim, ao estabelecer diretrizes claras e ações prioritárias, a norma contribui para a superação da fragmentação dos serviços, ampliando o acesso, a qualidade e a efetividade das práticas em saúde, em consonância com os princípios do SUS e com as necessidades reais da população.

1.3 Oferta de Serviços de Saúde na UBS Dr. Francisco Tussolini

Esta pesquisa possui como *locus* a Unidade Básica de Saúde Dr. Francisco Tussolini, que está localizada na rua 5, S/N, Bairro da União, CEP 69152-554, a qual foi inaugurada no dia 25 de outubro de 2018, tendo o nome “Dr. Francisco Tussolini” em homenagem a um médico pediátrico da época, além de ser considerada uma das maiores UBS do município. Possui como objetivo atender a população residente dos bairros da União, ocupação do Castanhal e Teixeira. Cabe ressaltar que a UBS atende um número expressivo de usuários, pois atende usuários advindos de outras localidades, que não são do seu território de abrangência, como os da zona rural que chegam pela Orla do Bairro da União. A seguir, a imagem da Unidade Básica de Saúde Dr. Francisco Tussolini.

Figura 5 - Frente da Unidade Básica de Saúde Dr. Francisco Tussolini



Fonte: Google Maps. UBS do Bairro da União. Parintins – AM. (2025).

A UBS Dr. Francisco Tussolini possui grande relevância nos atendimentos de saúde em Parintins, pois abrange as regiões mais populosas do município de Parintins. Dessa forma, com um pouco mais de 5 anos de atuação na prestação de serviços essenciais de saúde no campo da atenção primária à saúde. Destacam-se os atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem, além de atendimentos do serviço social e outros serviços ambulatoriais, pois conta com equipes eSF e E-multi.

Desde sua inauguração, a UBS tem se consolidado como um equipamento estratégico na promoção da saúde e no fortalecimento da atenção primária. Atualmente, a gestão da unidade está sob responsabilidade da assistente social Maria Auseneide Brito das Neves, que, mesmo com apenas nove meses de atuação na UBS, vem desempenhando um papel fundamental na coordenação dos serviços ofertados. Sua atuação tem contribuído significativamente para a organização das práticas interprofissionais, o acolhimento da população e a qualificação do cuidado, evidenciando o compromisso com a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde no território.

A unidade de saúde possui horário de funcionamento de segunda à sexta feira, das sete às vinte e uma horas, sendo composta por equipes ESF e uma E-multi, formada por 3 enfermeiros(as), 3 médicos(as), 11 técnicos de enfermagem, 16 agentes comunitários de saúde, 1 fisioterapeuta, 3 dentistas, 1 assistente social e 1 nutricionista. Dessa maneira, a UBS está dividida em 3 equipes da ESF, abrangendo cerca de uma estimativa de 7.194 usuários do SUS. Essa estrutura possibilita a oferta de vários serviços fundamentais à população, incluindo consultas médicas, atendimento odontológico, vacinação, distribuição de

medicamentos, curativos, orientações sobre saúde, Planejamento Familiar (PF) com os procedimentos de laqueadura e vasectomia, além do preenchimento e renovação do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para encaminhamentos especializados de saúde.

A unidade atende serviços que englobam a saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do homem, saúde da mulher e saúde da pessoa idosa. Sua organização da atenção à saúde é formada pelos primeiros atendimentos às urgências e emergências, atendimentos agendados e atendimentos programados pela assistência multiprofissional, com consulta odontológica, consulta de enfermagem, consulta médica, fisioterapeuta e assistente social. A atenção e cuidados são centrados na saúde por áreas estratégicas e transversais, tais como a saúde da gestante, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, atenção a doenças crônicas (diabetes, hipertensão e outras), assistência e acompanhamento a doenças infecciosas e parasitárias, programa bolsa família, programa saúde na escola, programa da pessoa idosa e programa saúde na hora.

Verifica-se que Parintins possui uma demanda muito extensa de atendimentos que englobam a APS. Sendo assim, há uma necessidade urgente de melhorar a atenção básica no município, como a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a implementação de programas de prevenção e promoção da saúde de forma integral. Ressalta-se que a capacitação dos profissionais de saúde é essencial para que a atenção à saúde seja realizada de maneira efetiva e humanizada, onde os usuários possam ser atendidos de maneira integral, e, que a saúde não seja vista apenas como a ausência de doenças, mas que envolva todos os aspectos que estão intimamente interligadas a saúde.

Nesse contexto, destaca-se a Unidade Básica de Saúde Dr. Francisco Tussolini, a qual desempenha um papel essencial na promoção da saúde em seu território de abrangência. A unidade de saúde se dedica à Atenção Básica (AB), oferecendo serviços da APS, acessíveis e de qualidade conforme as demandas da população local.

Ressalta-se, que as equipes presentes na unidade de saúde realizam visitas domiciliares e ações de promoção à saúde, garantindo encaminhamentos especializados conforme a necessidade dos usuários. Ao longo de seus mais de 5 anos de atuação, a UBS Dr. Francisco Tussolini tem sido um ponto de referência para a comunidade local, onde os profissionais de saúde trabalham de forma colaborativa e integrada para assegurar o acesso dos cidadãos aos serviços e ações de saúde no âmbito da atenção primária, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida da população de abrangência.

Quadro 4 – Cobertura das equipes ESF da UBS Dr. Francisco Tussolini

UBS	EQUIPES	Nº DE USUÁRIOS
Bairro da União	32-ESF I	2.724
	33-ESF UNIÃO	2.503
	34-ESF II	1.967
Total	3	7.194

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

Dados retirados da Coordenação da Atenção Primária, E-SUS, 2023.

Nessa perspectiva, a UBS Dr. Francisco Tussolini abrange uma área extensa, garantindo e promovendo o acesso da população aos serviços de saúde. São 7.194 pessoas distribuídas entre três equipes de Saúde da Família, revela a expressiva demanda por serviços de atenção primária no território do Bairro da União. Cabe destacar que, entre os bairros atendidos pela unidade, a UBS é o único equipamento de saúde disponível, o que reforça ainda mais sua importância estratégica como porta de entrada do sistema de saúde e como referência para o cuidado integral da população local.

A promoção da saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 estabelecida pelo Ministério da Saúde, destaca que a APS, a qual é desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), é responsável por desenvolver muitas ações visando a promoção da saúde, sendo também considerada a porta de entrada da rede socioassistencial, onde deve-se resolver 85% dos agravos, pois atua nas esferas de promoção e de prevenção.

É nesse contexto que se destaca o papel da política de saúde no nível da atenção primária para as outras políticas, a exemplo da assistência social no campo da proteção básica, visto que este nível é responsável pela prevenção de vulnerabilidades sociais relacionadas a saúde em sua totalidade, além do fortalecimento dos laços familiares e comunitários, o qual oportuniza a direção por um processo de envelhecimento saudável com qualidade de vida.

Na realidade de Parintins, residem aproximadamente 9.496 pessoas idosas no município (IBGE, 2022), dados que representam cerca de 16,7% da população total. Destaca-se que esse grupo está amparado pela Lei Municipal nº 0349/2005, que institui a Política Municipal do Idoso (PMI). Essa política é fundamental para a criação do Programa Municipal de Atenção Integral à Pessoa Idosa, o qual desenvolve ações nos campos de saúde, educação, assistência social, esporte e lazer, permitindo que as pessoas idosas exerçam plenamente seus direitos como cidadãos.

Além disso, o marco jurídico institucional estabelecido pelas legislações voltadas à população idosa reforça a importância da garantia de direitos e da implementação de

condições dignas que promovam sua autonomia e integração na sociedade. Pois, o processo de envelhecimento, dentro dessa perspectiva, não é apenas um desafio social, mas também uma oportunidade para fortalecer políticas inclusivas e promover a valorização da experiência e participação ativa das pessoas idosas na comunidade (Sousa, Fernandes, 2011).

Nessa perspectiva, a prevenção e a manutenção da saúde da pessoa idosa estão asseguradas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Essa política garante o acesso integral à saúde para essa população, sendo sua implementação monitorada pela RAS, considerada a estrutura organizadora do sistema de saúde. Sendo assim, a rede é composta por equipes da ESF, responsáveis por promover ações que visam a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas, fortalecendo o cuidado contínuo e a atenção integral.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

A PNSPI, instituída pela Portaria MS nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, tem como objetivo central a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência das pessoas idosas. Em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, essa política direciona ações individuais e coletivas para garantir uma melhor qualidade de vida a essa população. Um dos pontos fundamentais da PNSPI é a concepção de saúde da pessoa idosa, que é avaliada principalmente por sua capacidade funcional, ou seja, pela sua autonomia e independência, independentemente da presença ou ausência de doenças orgânicas (Plano Municipal de Saúde 2022-2025).

O Programa de Saúde do Idoso no município de Parintins envolve as Equipes e-SF onde as pessoas idosas são acompanhadas de forma contínua através da realização das visitas domiciliares pelos membros das equipes ESF, em que são identificadas situações de violência, dificuldade de locomoção, as pessoas idosas acamadas, hipertensos e diabéticos, além dos que necessitam de avaliação fisioterápica e nutricional e são realizadas orientações sobre prevenção. Evidencia-se que o Brasil passa por transformações importantes em sua pirâmide demográfica com um expressivo e progressivo envelhecimento da população. Conforme os

dados do IBGE (2022), existem mais de 22 milhões de pessoas com 65 anos ou mais, o que representa cerca de 10,9% da população no país (Brasil, 2023).

Assim, a atenção primária pode ser destacada como a porta de entrada para a promoção da saúde. No entanto, é evidente que a política de saúde, por si só, não consegue abarcar a totalidade das demandas impostas pela complexidade da promoção da saúde. Isso se deve à necessidade de interdisciplinaridade e intersetorialidade nas ações, que são fundamentais para garantir boas condições de saúde à população. Para isso, é crucial proporcionar boas condições de vida, especialmente para as pessoas idosas. A maioria das vulnerabilidades dessa população está associada ao contexto de pobreza e exclusão social que enfrentam na sociedade capitalista (Leão, 2012).

Diante do crescente número de pessoas idosas na população de Parintins, é necessário a prevenção de quedas, uma questão essencial para garantir qualidade de vida e bem-estar a essa faixa etária. As quedas, que podem ser desencadeadas por diversos fatores como dificuldades de visão e audição, desequilíbrios e fraqueza muscular, resultam frequentemente em hospitalizações e até em procedimentos cirúrgicos, afetando não apenas o idoso, mas toda a família. Portanto, medidas preventivas como adaptações no ambiente domiciliar, prática de atividades físicas para fortalecimento muscular e acompanhamento médico regular são fundamentais para reduzir esses riscos e proporcionar uma vida mais segura e saudável às pessoas idosas (Brasil, 2010).

Conforme aponta a autora Leão (2012, p.46),

Apesar dos avanços obtidos pela Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, dentre outras legislações que amparam este estrato populacional, percebemos que as ações desenvolvidas são descontínuas e desarticuladas no âmbito das políticas públicas, o que dificulta oferecer o enfoque de totalidade na atenção prestada, tendo em vista que a atenção à saúde do idoso deve contemplar a complexidade social que perpassa o fenômeno do envelhecimento, ou seja, suas dimensões biopsicossociais.

Entretanto, reconhece-se que as políticas públicas ainda precisam avançar significativamente, pois, embora tenha havido um aumento na expectativa de vida, é essencial garantir melhores condições de vida para a população. A realidade de pobreza e marginalização social em que a maioria das pessoas idosas vivem no Brasil gera sentimentos de angústia e insegurança para os indivíduos do presente em relação ao seu próprio futuro. Isso ocorre porque os direitos das pessoas idosas nem sempre são respeitados, e eles são

frequentemente vistos como fardos que a sociedade precisa carregar, dado que sua visibilidade não pode ser ignorada em meio à população.

Segundo Schraiber, et al. (2000), os serviços de saúde no Brasil não estão adequadamente preparados para atender às demandas das pessoas idosas. A política de saúde necessita de uma nova abordagem que reconheça as pessoas idosas como cidadãos plenos de direitos, focando na melhoria da qualidade de vida. Isso inclui a participação ativa no processo político, a convivência comunitária saudável e a promoção do autocuidado no ambiente familiar, elementos essenciais para uma velhice digna e integrada à sociedade.

Dessa forma, a busca pela qualidade de vida na velhice muitas vezes se desvia para o culto à eterna juventude, negligenciando fatores essenciais da dimensão social. Esses fatores influenciam diretamente as condições de saúde das pessoas idosas, como o acesso a políticas públicas de qualidade, uma renda adequada que satisfaça as suas necessidades sociais e humanas, um ambiente familiar e comunitário saudável, a desconstrução de estereótipos culturalmente enraizados que estigmatizam as pessoas idosas e a participação ativa na vida social e política da sociedade. Em suma, é crucial garantir que as pessoas idosas possam exercer plenamente seus direitos sociais, promovendo sua inclusão e valorização na sociedade contemporânea.

CAPÍTULO II

ENVELHECIMENTO NO BRASIL E NA AMAZÔNIA: Proteção Legal e os Aspectos da Violência

Este capítulo aborda questões fundamentais para a compreensão das profundas transformações demográficas relacionadas ao envelhecimento da população brasileira, com destaque para a região amazônica. Para isso, torna-se essencial compreender as origens do debate sobre o envelhecimento no Brasil, analisando seus conceitos, marcos históricos e evolução até a contemporaneidade. Além disso, o capítulo explora a inter-relação entre políticas públicas e o processo de envelhecimento e os aspectos da violência, com ênfase na política de saúde, especialmente na atenção primária, destacando suas funções sociais e sua relevância para a promoção da qualidade de vida da população idosa. Por fim, ressalta-se que esses fenômenos ocorrem dentro da lógica do sistema capitalista, o qual frequentemente impõe barreiras à efetiva implantação e implementação de políticas públicas nos diversos municípios e estados do território nacional, dificultando o acesso equitativo aos direitos e serviços essenciais.

2.1 Aspectos do Envelhecimento no Brasil e na Amazônia

As transformações demográficas em relação ao envelhecimento no Brasil, é um processo considerado recente em relação ao contexto global. Sendo assim, o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no contexto brasileiro, as mudanças ocorreram de uma maneira mais radical e bastante acelerada, pois os indicadores apontam que o Brasil está entre os países que apresentaram um crescimento expressivo no número de pessoas idosas nas últimas décadas (Veras, 2009).

Sob essa perspectiva, o processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciado pelo país nas últimas décadas evidencia uma série de questões cruciais, as quais afetam diversos setores da sociedade, para além dos sistemas de saúde no país. As repercussões são amplas, pois impactam profundamente toda a estrutura social, em especial, em um cenário marcado por grandes desigualdades sociais, pobreza, violências e múltiplas formas de inseguranças.

Esse cenário torna-se ainda mais complexo quando se percebe que, além da escassez generalizada de recursos, há dois segmentos etários, as pessoas idosas e os jovens, que demandam políticas públicas, programas específicos e recursos direcionados. Visto que no

Brasil, em menos de quatro décadas deixou de registrar padrões de mortalidade próprio de uma população jovem, e passou a conviver com um quadro de enfermidades complexas e onerosas, características de países longevos. Sendo caracterizados por doenças crônicas e múltiplas, com a necessidade de cuidados constantes, uso de medicação contínua e exames periódicos, o que coloca uma pressão crescente sobre o sistema de saúde nacional (Veras, 2009).

Dessa maneira, cabe definir o que seria o envelhecimento, sendo entendido atualmente como um fenômeno biopsicossocial. Essa definição é uma conquista da gerontologia, a qual fundou um campo específico de estudo e pesquisa, ao se afastar das abordagens tradicionais da geriatria, a qual se fundamentam nas leituras dos aspectos biológicos e cronológicos do envelhecimento. Rompe-se com o fortalecimento do modelo biomédico, essa ruptura questiona o predomínio das concepções positivistas na produção científica e a centralidade do médico como figura exclusiva na definição do processo de envelhecimento.

Nesse contexto, o envelhecimento entendido como um processo biopsicossocial, abre um novo campo para a compreensão dos aspectos que envolvem o processo de envelhecimento da sociedade contemporânea. Como bem destaca Beauvoir (1990, p. 15), a velhice é

um fenômeno biológico: o organismo do homem idoso apresenta certas singularidades. A velhice acarreta, ainda, consequências psicológicas: certos comportamentos são considerados, com razão, como características da idade avançada. Como todas as situações humanas, ela tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence.

Pode-se afirmar que o envelhecimento é um processo singular de cada indivíduo, pois aspectos biológicos, sociais, econômicos e políticos estão intimamente ligados a esse fenômeno natural do ser humano. Entretanto, muitas mudanças e consequências são impostas devido a forma de sociabilidade de cada sociedade, e em uma sociedade capitalista, a qual é dividida por classes, a velhice é evidenciada por vários aspectos, principalmente em um contexto de muita desigualdade social, o que vai acarretar outras expressões da questão social por ser um grupo que vivencia muitas vulnerabilidades sociais.

A autora Beauvoir (1990), analisa e sustenta a perspectiva que não se trata apenas de descrever analiticamente os múltiplos aspectos que compõem a velhice, destacando cada um

desses elementos que estão em constante inter-relação, afetando-se mutuamente. Dessa maneira, a compreensão do envelhecimento exige uma abordagem capaz de captar esse movimento dinâmico e circular, tal aspecto metodológico, contudo, não é dominante nos estudos contemporâneos sobre o envelhecimento e a velhice.

Dito isto, os estudos antropológicos têm contribuído significativamente para superar visões naturalistas e universalistas sobre o envelhecimento, oferecendo elementos que permitem compreendê-lo como um fenômeno complexo e não homogêneo. Sendo assim, a análise dos diferentes contextos culturais, revelam que as experiências de envelhecer variam amplamente entre sociedades, sendo moldadas por valores, crenças, práticas sociais e estruturas familiares específicas. O envelhecimento, portanto, não se limita ao aspecto biológico, mas envolve dimensões sociais e simbólicas, nas quais os papéis atribuídos às pessoas idosas e suas próprias narrativas sobre essa etapa da vida desempenham um papel central. Além disso, as concepções de velhice são historicamente situadas, mudando conforme o tempo e o contexto político, econômico e cultural (Minayo, 2006).

Nessa perspectiva, Teixeira (2008), argumenta que o processo de envelhecimento não se apresenta como uma realidade vivida de maneira igualitária por todos os indivíduos, pois é marcada por especificidades que decorrem das condições materiais e sociais de inserção dos sujeitos no movimento de produção e reprodução das relações sociais, conferindo à velhice estatutos distintos conforme as desigualdades de classe, status e hierarquia social.

Dessa maneira, os estudos antropológicos desafiam modelos únicos ou estereotipados, evidenciando a diversidade de trajetórias e formas de viver a velhice, como abordado por Minayo (2006, p. 48-49),

De modo geral, é absolutamente diferente envelhecer no campo ou na cidade; numa família rica ou numa família pobre; ser homem ou mulher; ter tido um emprego e se aposentar ou ter vivido apenas em atividades do lar ou informais e viver de forma diferente. Como para a população em geral, as categorias mais estruturantes da forma de envelhecer são a classe social, o gênero, a atividade social (emprego, trabalho) e a sociabilidade familiar, comunitária ou até religiosa.

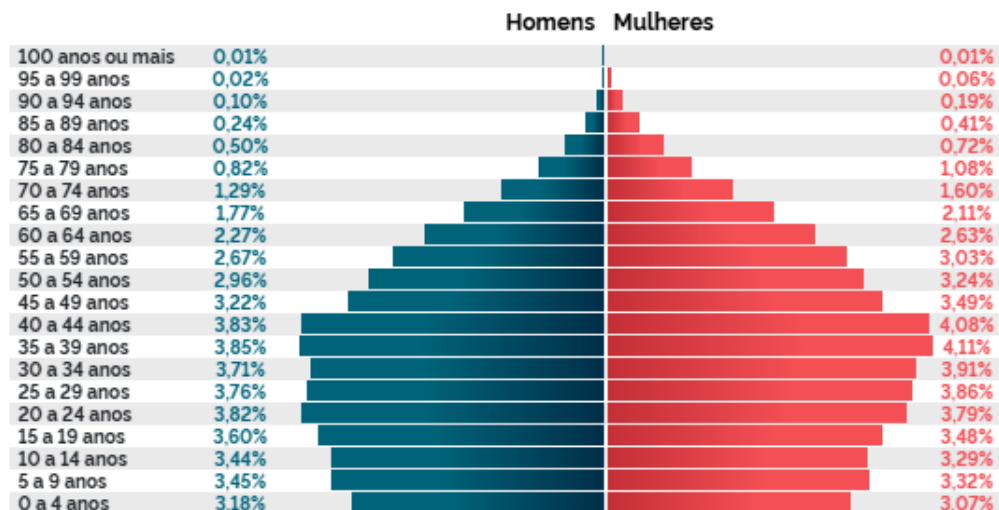
Diante disto, uma das principais contribuições da antropologia para a compreensão do processo de envelhecimento, segundo a autora Minayo (2006), é a relativização da visão essencialista que associa essa etapa da vida exclusivamente à deterioração biológica do corpo, bem como o desvendamento do mito que vincula envelhecimento à doença. Sendo assim, de modo geral, a antropologia rejeita a ideia de que o critério biológico da idade cronológica seja

a única referência válida para definir o envelhecer, propondo uma abordagem mais ampla e contextualizada desse fenômeno natural.

O envelhecimento populacional, configura-se como um dos fenômenos mais marcantes do século XXI. Segundo a OMS (2018), a proporção de pessoas com 60 anos ou mais no mundo deverá dobrar entre 2015 e 2050, passando de 12% para 22%. Em um intervalo de apenas dois anos, o número de pessoas idosas ultrapassará o de crianças com até cinco anos de idade. Estima-se ainda que, em três décadas, cerca de 80% da população idosa estará concentrada em países anteriormente classificados como pertencentes ao “terceiro mundo”.

No Brasil, o envelhecimento populacional já é uma realidade perceptível. No cenário atual, o país possui mais de 28 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que corresponde a cerca de 13% da população total. As projeções indicam que esse número tende a crescer significativamente nas próximas décadas. Estima-se que, em 2043, aproximadamente 25% dos brasileiros estarão na faixa etária acima dos 60 anos, enquanto a proporção de jovens com até 14 anos deverá cair para apenas 16,3% (IBGE, 2019). A figura a seguir ilustra a evolução do número de pessoas idosas no Brasil ao longo dos últimos anos.

Figura 6 – Pirâmide etária do Brasil (2022)



Fonte: Censo Demográfico (IBGE, 2022).

Desse modo, o Brasil, marcado por profundas desigualdades regionais, apresenta múltiplas formas de vivenciar o envelhecimento. Não existe uma única velhice, mas sim diversas experiências de envelhecer, moldadas por contextos específicos. A forma como a velhice é percebida e vivida varia significativamente entre as regiões do país, sendo

influenciada por uma combinação de fatores ambientais, biológicos e sociais (Rodrigues; Rauth, 2011). Dessa maneira, essas variáveis determinam não apenas as condições de saúde e qualidade de vida das pessoas idosas, mas também suas oportunidades de participação social, acesso a serviços e vínculos comunitários em cada território.

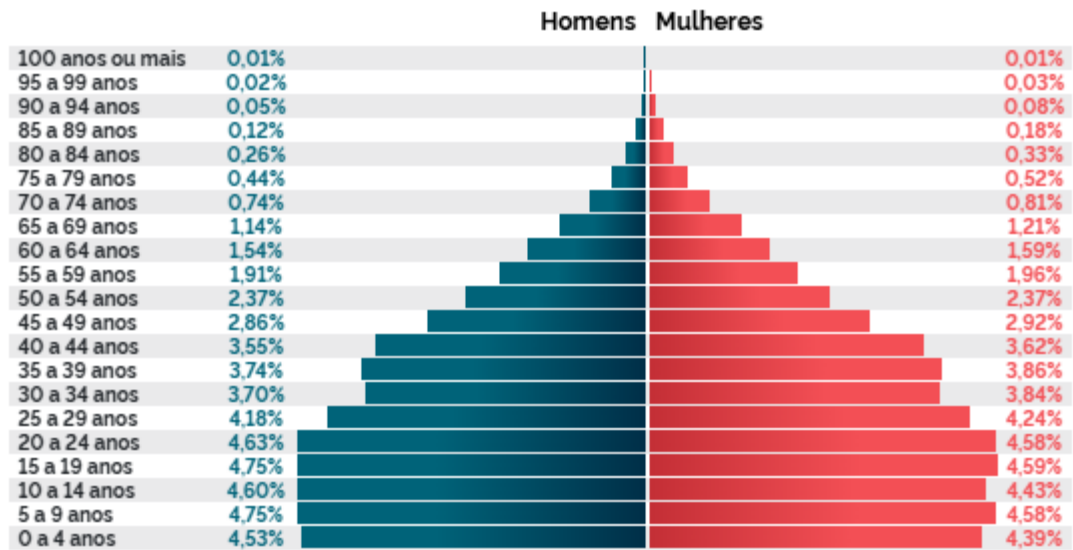
A Amazônia possui uma área de aproximadamente 7,5 milhões de km², a região representa cerca de 44% do território sul-americano, apesar de muitas vezes ser associada exclusivamente ao Brasil. Trata-se de uma região latino-americana, cuja extensão geográfica abrange nove países, sendo eles: o Brasil, Bolívia, Peru, Equador, Colômbia, Venezuela, Guiana, Suriname e Guiana Francesa. Mas cabe destacar, que o Brasil detém a maior parte da Amazônia, com cerca de 45% da área total da floresta, o que corresponde a 60% do território nacional.

Nessa perspectiva, a chamada Amazônia Brasileira compreende toda a região norte, no qual estão presentes os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Tocantins, Rondônia e Roraima, além do estado de Mato Grosso, no centro-oeste, e parte do estado do Maranhão, no nordeste. Segundo dados do IBGE (2010), a população da Amazônia Legal ultrapassa 17 milhões de habitantes, de modo que a região norte apresenta a menor densidade demográfica do país, evidenciando os desafios de acesso, infraestrutura e políticas públicas voltadas para essa vasta e diversa região.

Destaca-se que, embora a região norte seja a maior do país em extensão territorial, sua densidade demográfica, especialmente no que se refere à população idosa, permanece a mais baixa entre as regiões brasileiras. Esse cenário contrasta com a realidade das demais regiões do Brasil, onde a presença de pessoas idosas tem aumentado progressivamente. Na região norte, contudo, a população jovem ainda representa a maioria, evidenciando um perfil demográfico distinto do restante do país.

Nesse contexto, o estado do Amazonas destaca-se como o segundo estado mais jovem da região norte do Brasil. Com uma população estimada em 3.941.613 habitantes, observa-se que 27,3% têm menos de 15 anos de idade, enquanto apenas 5,9% possuem 65 anos ou mais. Esses dados evidenciam a predominância de uma população jovem no estado, em contraste com a tendência nacional de envelhecimento populacional. Este panorama demográfico pode ser evidenciado na figura a seguir.

Figura 7 - Pirâmide etária do Amazonas (2022)



Fonte: Censo Demográfico (IBGE, 2022).

Observa-se que, os grupos etários masculinos de 5 a 9 anos e de 15 a 19 anos apresentam os maiores percentuais na pirâmide etária, representando juntos (4,75%) da população. Entre as mulheres, os maiores índices estão nas faixas de 15 a 19 anos (4,59%) e de 20 a 24 anos (4,58%). Ao analisar a distribuição da população idosa por sexo e idade, nota-se que as mulheres apresentam percentuais superiores aos dos homens nas faixas de 60 a 64 anos e de 65 a 69 anos. Especificamente, mulheres entre 60 e 64 anos correspondem a 1,59% da população, enquanto os homens dessa mesma faixa representam 1,54%. Já entre 65 e 69 anos, as mulheres somam 1,21%, e os homens, 1,14%. É evidente que, com o avanço da idade, a diferença entre os percentuais femininos e masculinos tende a se acentuar. Segundo dados do IBGE (2022), o estado do Amazonas abriga 731 pessoas com 100 anos ou mais, sendo 489 mulheres e 242 homens, desse total, 206 residem na capital, Manaus, e todos os 62 municípios do estado possuem ao menos um habitante centenário.

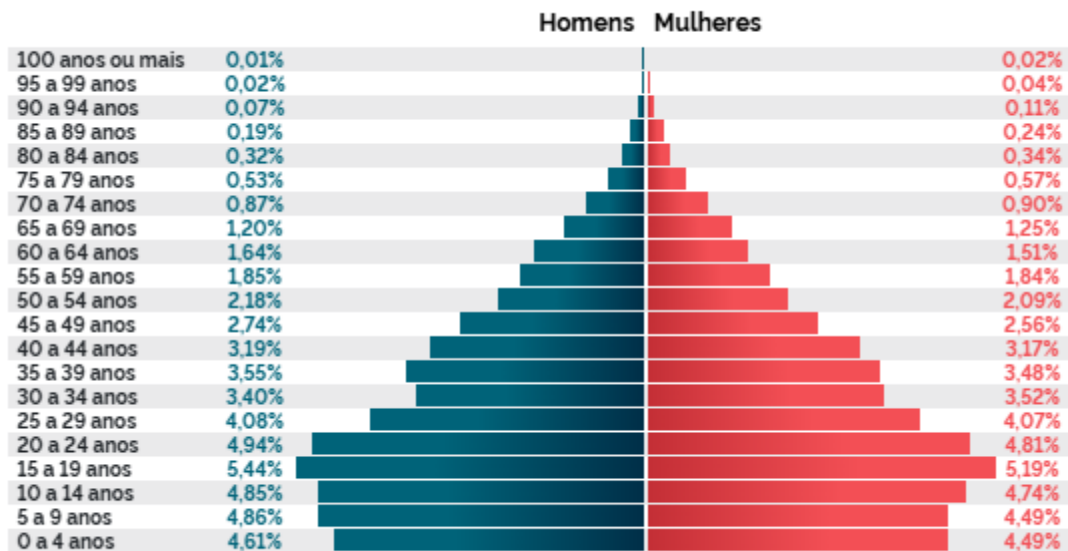
É fundamental reconhecer que o processo de envelhecimento é experienciado de formas distintas, especialmente quando se considera o vínculo afetivo com o território. Esse sentimento de pertencimento confere às pessoas idosas uma condição de vida singular, diferente daquela vivida nas grandes cidades, como no caso de muitos municípios do estado do Amazonas. E em contextos rurais e ribeirinhos, a velhice está frequentemente associada a atividades como a agricultura de subsistência, a pesca comercial e o pequeno comércio varejista. Assim, essas ocupações não apenas sustentam a economia local, como também revelam a presença expressiva de pessoas idosas aposentadas que mantêm vínculos ativos com suas comunidades e modos de vida tradicionais (Sousa, 2011).

2.1.1 Aspectos do envelhecimento no município de Parintins

O município de Parintins, situado a cerca de 372 km da capital Manaus, apresentava uma população estimada de 116.439 habitantes, segundo dados do IBGE de 2010. Quanto à distribuição territorial, o Censo Demográfico de 2007 apontava 66.481 moradores na zona urbana e 35.427 na zona rural, evidenciando a dinâmica populacional entre os espaços urbanos e rurais do município.

Entre os municípios do estado do Amazonas com maior concentração de pessoas idosas, o município de Parintins se destaca. Pois, sua população é estimada em 96.372 habitantes, sendo 47.657 mulheres e 48.715 homens. É importante ressaltar que o município apresentou uma redução populacional de 5,55% em relação ao Censo de 2010, quando registrava 102.033 habitantes. Naquele período, Parintins ocupava a segunda posição entre os municípios mais populosos do estado, atrás apenas da capital Manaus. No entanto, com a queda populacional confirmada pelo Censo de 2022, o município passou a ocupar o terceiro lugar nesse ranking estadual (Brasil, 2022). A imagem a seguir ilustra a pirâmide etária do município de Parintins.

Figura 8 – Pirâmide etária do município de Parintins (2022)



Fonte: Censo Demográfico (IBGE, 2022).

A população de Parintins é estimada em cerca de 101.956 pessoas, dos quais cerca de 9.496 são pessoas idosas, segundo dados do IBGE (2022). Esse número representa 16,7% da população total de pessoas idosas no município, uma proporção significativamente superior à média estadual, pois, no estado do Amazonas, há mais de 347 mil pessoas com 60 anos ou

mais, o que corresponde a cerca de 8,8% da população total. Embora esse contingente esteja em crescimento, o Amazonas ainda ocupa a posição de segundo estado com menor proporção de pessoas idosas no Brasil, ficando atrás apenas do estado de Roraima.

Segundo os dados da contagem populacional do IBGE (2022), a população idosa residente na zona urbana de Parintins corresponde a 9,83%, superando ligeiramente a média estadual do Amazonas, que é de 9,1%. Sendo assim, a faixa etária com maior concentração de pessoas idosas está entre 60 e 64 anos, representando 3,15% da população, conforme indicado na pirâmide etária do IBGE. Outro aspecto relevante diz respeito à distribuição por gênero, as mulheres constituem ligeira maioria da população idosa, totalizando 4.816 pessoas (4,96%), enquanto os homens somam 4.680 (4,84%).

O processo de envelhecimento na região amazônica apresenta singularidades sociais, culturais e biológicas, especialmente em cidades interioranas, onde o estilo de vida tende a ser mais no campo marcado por redes de cooperação e solidariedade comunitária. No município de Parintins, o envelhecer está profundamente entrelaçado com manifestações culturais, como o boi-bumbá, festas religiosas, o trabalho informal e os espaços de socialização, como os centros de convivência. Nesses centros, grupos de pessoas idosas se reúnem para realizar atividades físicas, dançar e desfrutar de momentos de lazer, promovendo a saúde, o bem-estar e a integração social (Silva, 2011).

A representação da velhice em Parintins também está associada ao trabalho informal, exercido por tricicleiros, artesãos e vendedores ambulantes. Enquanto algumas pessoas idosas são aposentadas, outras enfrentam dificuldades para acessar benefícios previdenciários ou assistenciais, seja por falta de informação, idade insuficiente ou ausência de tempo de contribuição necessário. Na zona rural do município, o envelhecimento assume características distintas em relação à vivência urbana, refletindo as especificidades do território, das relações comunitárias e das condições de vida locais.

Na zona rural, o envelhecimento está fortemente vinculado à religiosidade, à participação em festas religiosas e culturais, bem como à continuidade das atividades laborais no campo, associadas ao recebimento de benefícios como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e aposentadorias. Enquanto na área urbana as pessoas idosas recorrem com frequência a hospitais e postos de saúde para obtenção de medicamentos, já nas comunidades rurais prevalecem práticas de automedicação e saberes tradicionais de cura, com presença marcante e acessível de benzedores, rezadeiras e curandeiros.

Dito isto, o trabalho também desempenha papel central na vida das pessoas idosas nos meios rurais, não apenas como fonte de complementação da renda, mas como forma de

manutenção da autoestima e do sentimento de utilidade. Como aponta a autora Teixeira (2008, p. 18) sobre o processo de invisibilização da pessoa idosa na sociedade capitalista, “ele perde o valor de uso para o capital, que o condena a uma antecipação do processo de depreciação natural de sua capacidade de labor, à desvalorização social e à pauperização”. Nesse sentido, evidencia-se que em Parintins, as pessoas idosas estão inseridas em atividades como agricultura, pesca, comércio, artesanato e costura, conciliando essas práticas com os benefícios previdenciários e assistenciais.

Em relação às legislações, Parintins conta com a Lei nº 349/2005, sancionada em 07 de julho de 2005, que institui a “Política Municipal do Idoso”. Essa legislação tem como objetivo assegurar os direitos sociais das pessoas com 60 anos ou mais, promovendo sua inclusão, participação ativa e integração plena na sociedade. Segundo Sousa (2011), essa política culminou na criação do Programa Municipal de Atenção Integral, além de impulsionar uma série de ações, serviços e iniciativas voltadas ao atendimento da população idosa nas áreas de assistência social, saúde e educação. Cabe ressaltar, que a autora destaca que esses serviços foram estruturados por meio da articulação intersetorial, evidenciando um avanço expressivo, resultado de lutas históricas em prol dos direitos das pessoas idosas.

Dessa maneira, o processo de envelhecimento em Parintins pode ser compreendido por uma perspectiva que leva em conta as particularidades do território, onde muitas questões divergem de outras localidades do país. Ressalta-se, que o município de Parintins é o segundo maior município do estado, sendo necessário analisar algumas características do território, em relação ao contexto urbano e rural. Pois, Parintins é uma cidade em que o tradicional e o moderno coexistem simultaneamente, inseridos no nível de desenvolvimento capitalista e da precariedade das políticas públicas oferecidas à população, reforçadas ainda pela lógica do neoliberalismo.

2.2 Marco Legal da Pessoa Idosa

O envelhecimento é um processo natural que provoca diversas transformações na vida de todo ser humano. Esse processo se manifesta de maneira única e singular em cada indivíduo, uma vez que fatores como condições de saúde, estilo de vida e valores socioculturais influenciam diretamente na longevidade e na qualidade de vida. Dessa maneira, enquanto alguns envelhecem com vitalidade e bem-estar, outros enfrentam limitações que refletem suas trajetórias pessoais e contextos sociais, permeadas por relações contraditórias e desiguais, desencadeadas pelo processo de exploração da sociedade capitalista.

Dito isto, o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à população idosa ganhou destaque nas agendas de organizações internacionais de saúde, as quais vêm propondo diretrizes estratégicas para países que ainda enfrentam desafios na implementação de programas sociais e assistenciais. Essas recomendações visam atender às demandas emergentes desse grupo populacional, promovendo inclusão, dignidade e qualidade de vida diante do processo de envelhecimento acelerado das sociedades contemporâneas.

Segundo as autoras Behring e Boschetti (2011), as políticas sociais são compreendidas como fruto de uma relação complexa e contraditória, permeada por múltiplas determinações que envolvem o Estado e a sociedade. Sendo assim, elas emergem em um contexto de grandes conflitos e das lutas da classe trabalhadora, estando intrinsecamente vinculadas ao processo de produção e reprodução das relações sociais na sociabilidade capitalista.

Compreender a realidade social exige uma abordagem multilateral e dinâmica, que vá além da simples observação de fatos isolados. É necessário reconhecê-la como uma expressão contraditória das estruturas que a constituem, entendendo os acontecimentos não como dados estanques, mas como manifestações de processos estruturais. Nesse sentido, analisar as políticas sociais exclusivamente sob a ótica econômica limita sua função à reprodução da força de trabalho e ao aumento da produtividade. Por outro lado, uma análise restrita à dimensão política pode reduzir essas políticas a instrumentos de cooptação da classe trabalhadora, promovendo sua adesão ao sistema e, conseqüentemente, contribuindo para a legitimação da ordem capitalista (Behring e Boschetti, 2011).

Diante desse contexto, é relevante destacar que, no âmbito da proteção social, o segmento populacional em questão começou a receber atenção a partir de 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, considerada o marco inicial do sistema previdenciário brasileiro. Além disso, há referências importantes em dispositivos do Código Civil de 1916, do Código Penal de 1940 e do Código Eleitoral de 1965, que contribuíram para a construção de um arcabouço jurídico voltado à organização social.

Entre os anos de 1923 e 1965, destacam-se os dois períodos de governo de Getúlio Vargas, que deixaram marcas profundas na trajetória política social do país. Inicialmente, as políticas públicas desenvolvidas nesse período tinham como foco principal o fortalecimento da economia nacional, com especial atenção à classe industrial brasileira. No entanto, essa abordagem negligenciava as necessidades básicas da população em geral, como resultado, as políticas públicas formuladas nesse contexto histórico revelam-se fragmentadas e excludentes,

perpetuando desigualdades ao garantir serviços e benefícios apenas a grupos restritos (Fernandes; Soares, 2012).

Conforme aponta os autores Veras e Oliveira (2018, p. 1931), a concepção de envelhecimento “que predominava no Brasil, no início do século XX, era a de segregação das pessoas idosas, originando a prática de internações em asilos, que proliferaram nesse período, numa lógica que oculta aspectos sociais, políticos e econômicos”.

No Brasil, embora o Governo Federal tenha promovido algumas iniciativas em prol da população idosa desde a década de 1970, foi somente em 1994 que se instituiu uma política nacional específica voltada para esse grupo etário, até então historicamente invisibilizados pela sociedade e pelo estado. Antes desse marco, as ações governamentais tinham caráter predominantemente assistencialista, pautadas na caridade e na proteção. Destaca-se, nos anos 1970, a criação de benefícios não contributivos, como as aposentadorias destinadas aos trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia para pessoas com mais de 70 anos em situação de vulnerabilidade, tanto em áreas urbanas quanto rurais, que não eram amparadas pela Previdência Social (Teixeira, 2002).

Nessa perspectiva, cabe ressaltar que os primeiros reflexos no Brasil, no que se refere às mudanças sobre as visões e concepções em torno do envelhecimento. Surgiram no âmbito das legislações apenas na década de 1980, especificamente na Constituição Federal promulgada em 1988, na qual foram instituídos os movimentos constituintes que imprimiram o conceito da “participação popular” na sociedade brasileira (Veras; Oliveira, 2018, p. 1931).

Com base em Iamamoto (2003), as estratégias de enfrentamento da questão social têm sido tensionadas por projetos societários distintos, que orientam a estruturação e a implementação das políticas públicas, coexistindo em constante disputa em seu interior. A autora destaca a tensão entre a defesa dos direitos sociais e a mercantilização do atendimento às necessidades básicas da população. Apesar dos avanços legislativos conquistados com a promulgação da Constituição Federal de 1988, esses direitos ainda se mostram distantes da realidade vivida por diversos segmentos sociais, especialmente pela população idosa.

No que diz respeito ao caso da velhice brasileira, o amparo legal é garantido por instrumentos como a Política Nacional da Pessoa Idosa e o Estatuto da Pessoa Idosa, ambos influenciados por diretrizes internacionais voltadas à proteção e promoção dos direitos da pessoa idosa. Sendo assim, pode-se destacar alguns momentos históricos para o avanço dessas políticas no Brasil, tais como a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (AME) realizada no ano de 1982, em Viena, patrocinada pela Organização das Nações Unidas, em que foi traçado o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento (PAME). Segundo

Cavalcanti e Saad (1990), a partir deste evento é que foram intensificados o estudo e a pesquisa sobre as questões do envelhecimento, desde então, o PAME tornou-se um guia para muitas nações.

O autor Faleiros (1996), observa que o PAME, ao ser incorporado ao contexto da globalização e influenciado por uma lógica neoliberal, introduz novas diretrizes nas agendas das nações periféricas. Entre essas diretrizes, destaca-se a descentralização das políticas sociais e a transferência da prestação de serviços para os setores comunitários, organizações locais sem fins lucrativos e voluntários, com ênfase no fortalecimento dos atendimentos ambulatoriais e domiciliares. Essa dinâmica, segundo o autor, configura uma forma de terceirização da gestão da questão social, deslocando a responsabilidade do estado para instâncias não estatais (Faleiros, 1996).

No contexto brasileiro, apenas mais de uma década após a realização da Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, foi instituído um marco significativo nas políticas sociais voltadas à população idosa. A Política Nacional da Pessoa Idosa (PNI), formalizada pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, a PNI estabelece diretrizes para a promoção, proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa. No âmbito da seguridade social, a responsabilidade pela formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política cabe ao Conselho Nacional de Seguridade Social, em articulação com os Conselhos Setoriais, respeitando-se as competências administrativas de cada esfera governamental.

Cabe ressaltar, que a Política Nacional da Pessoa Idosa, instituída pela Lei nº 8.842/1994, representa um marco inicial no reconhecimento da relevância desse segmento populacional, pois, sua formulação foi resultado das demandas sociais emergentes, refletindo a mobilização da sociedade brasileira em prol dos direitos das pessoas idosas.

No campo das políticas sociais, diversas legislações vigentes asseguram a proteção desse grupo, consolidando seus direitos à assistência e à dignidade. Entre elas, destacam-se a Constituição Federal de 1988, que estabelece a proteção à pessoa idosa como um dever do Estado; a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de 1993; a própria Política Nacional da Pessoa Idosa de 1994; e o Estatuto da Pessoa Idosa, promulgado em 2003, que reforça e amplia os direitos já conquistados, mas que precisam ser reafirmados sempre.

Dessa maneira, como destaca a autora Sousa (2011), a constituição dessa política representou alguns avanços para a população idosa no país, pois,

A Política Nacional do Idoso reconhece o idoso como sujeito portador de direitos, define princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais e as condições para

promover a sua autonomia, integração e participação dentro da sociedade, na perspectiva de intersectorialidade e compromisso entre o poder público e a sociedade civil. O projeto de Lei da Câmara nº 57/2003, denominado Estatuto do Idoso, foi aprovado pelo Senado Federal em 23 de setembro de 2003 e sancionado em 1º de outubro de 2003. Resgata os princípios constitucionais que garantem a todos os cidadãos, indistintamente, direitos que preservem a dignidade da pessoa humana, sem discriminação de origem, raça, sexo, cor e idade. Além de ratificar também, os direitos demarcados pela Política Nacional do Idoso, o Estatuto acrescenta novos dispositivos e cria mecanismos para coibir a discriminação contra os sujeitos idosos. Neste sentido, prevê penas para os crimes de maus-tratos contra idosos e concessão de benefícios (Sousa, 2011, p. 7-8).

A Política Nacional da Pessoa Idosa, instituída pela Lei nº 8.842/1994 e regulamentada em 3 de junho de 1996 por meio do Decreto nº 1.948/96, representa um avanço significativo na ampliação dos direitos da população idosa no Brasil. Antes disso, as garantias previstas pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) eram bastante restritas, limitando o alcance das ações voltadas a esse segmento. Cabe destacar os cinco princípios que norteiam a implementação dessa política:

Art. 3º A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

- I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei (Brasil, 1994).

Já no que se refere a políticas de saúde voltadas para a população idosa, destaca-se que as ações governamentais em políticas públicas de saúde trataram do estudo dos programas básicos de saúde, ao observar sua organização e suas práticas profissionais na comunidade e sua intervenção profissional na garantia dos direitos humanos. Assim, cabe a revisão constante dos objetivos propostos das políticas públicas de saúde, para buscar estratégias institucionais que visem a promoção social, a prevenção da saúde e a garantia dos direitos humanos nos segmentos mais vulneráveis da população, tais como a população idosa.

Com base nessa perspectiva, as políticas públicas relativas à atenção à saúde evidenciam-se pelos impactos causados por mudanças sociais, como a urbanização acelerada, a volta de doenças que já estavam erradicadas e, principalmente, o envelhecimento da população. Esses fenômenos exigem programas específicos de saúde para o enfrentamento

dos diversos problemas sociais, nas diferentes regiões do país, principalmente em um contexto como do estado do Amazonas, o qual possui muitas particularidades.

Apesar de as políticas públicas de saúde inicialmente se voltarem para uma população majoritariamente jovem, a estrutura demográfica do país indicava a necessidade de ações sanitárias voltadas à população materno-infantil. Sendo assim, foi apenas a partir da década de 1970 que o processo sociopolítico passou a refletir mudanças significativas diante do novo perfil populacional, consolidando, assim, importantes marcos históricos. No quadro 5 a seguir serão destacados alguns marcos históricos a respeito da população idosa no país.

Quadro 5 – Marcos Históricos de Políticas voltadas para as pessoas idosas no Brasil

Décadas	Ano	Marco Histórico	Descrição
1970	1974	Renda mensal vitalícia	Criada pelo INPS para pessoas idosas sem contribuição previdenciária.
	1977	SINPAS	Integra órgãos como INPS, INAMPS, LBA, DATAPREV e outros para unificar a assistência previdenciária.
1980	1982	I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento (ONU)	Diretrizes para políticas públicas globais voltadas ao envelhecimento.
	1986	8ª Conferência Nacional de Saúde	Propõe política de assistência à população idosa.
	1988	Constituição Federal	Reconhece direitos da pessoa idosa: vida, dignidade, gratuidade no transporte, amparo familiar e estatal.
1990	1993	LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social)	Institui o BPC e garante assistência como direito do cidadão.
	1994	Política Nacional do Idoso (PNI)	Estabelece princípios de cidadania, autonomia e participação social.
	1999	Política Nacional de Saúde do Idoso	Diretrizes para envelhecimento saudável e atenção integral à saúde
2000	2002	II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento (Madrid)	Foco em inclusão, saúde e ambiente favorável à pessoa idosa.
	2003	Conferência Regional (Chile) Estatuto da Pessoa Idosa (EPI)	Estratégias regionais para um envelhecimento digno na América Latina. Regula direitos das pessoas idosas no Brasil, alinhado ao Plano de Madri.

	2006	I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa	Criação da RENADI e ampliação dos direitos da pessoa idosa.
2020	2022	Mudança da nomenclatura do Estatuto da Pessoa Idosa	A Lei nº 14.423 altera a redação e passa a denominar “Estatuto da Pessoa Idosa”, reforçando direitos e ampliando garantias.

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

Nos últimos anos, embora o envelhecimento tenha ganhado espaço nas discussões públicas, suas transformações intrínsecas ainda não são plenamente compreendidas pela sociedade nem por suas instituições. Sendo assim, sob a perspectiva legal, o processo de envelhecer é amparado no Brasil, pois existem diretrizes estabelecidas para garantir esse direito. Porém, apesar dos avanços nos debates, a implementação dessas políticas permanece incompleta na prática. Dessa maneira, a responsabilidade pela efetivação dessas ações cabe tanto ao poder público quanto à sociedade civil, os quais devem assegurar o respeito às diversidades econômicas, sociais e regionais presentes no país.

Cabe mencionar o que as autoras Nogueira e Monteiro (2013) destacam sobre os avanços nas políticas públicas, os quais foram fundamentais para o desenvolvimento de medidas de proteção voltadas as populações vulneráveis no Brasil.

Historicamente a Constituição de 1988 foi um marco da proteção social institucionalizada, e somente a partir dessa legislação que surgem alguns direitos específicos para determinados segmentos da sociedade considerados “vulneráveis” em alguns aspectos da vida social. Tais direitos se materializaram, como sinalizado anteriormente nas Legislações a seguir: Lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na Lei 8.842/1994 que instituiu a Política Nacional do Idoso, na Lei 10.741/03 que regulamentou o Estatuto do Idoso, na Lei 7.853/89 da Pessoa com Deficiência, e na Lei 8.742/93 que regulamentou a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) – que fundamentou, posteriormente, a Política Nacional de assistência Social (PNAS), dentre outras (Nogueira; Monteiro, 2013, p. 149).

Embora existam diversas políticas voltadas para a população idosa, sua efetiva implementação enfrenta obstáculos significativos, desde a limitada captação de recursos financeiros até a fragilidade dos sistemas de informação utilizados para avaliar as condições de vida e saúde dessa parcela da população. Soma-se a isso a insuficiente qualificação dos profissionais envolvidos, pois o envelhecimento é um fenômeno que diz respeito a toda a sociedade, e a pessoa idosa não deve ser alvo de discriminação. Pelo contrário, ela deve ocupar um papel central como protagonista e beneficiária das transformações propostas pelas políticas públicas que lhe dizem respeito.

Evidencia-se, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída no Brasil em 2006, a qual representa um marco importante na promoção da saúde e da qualidade

de vida da população idosa. Ela estabelece diretrizes para o atendimento integral e humanizado às pessoas com 60 anos ou mais, reconhecendo o envelhecimento como um processo natural que exige cuidados específicos e contínuos. No entanto, apesar de sua relevância, a implementação efetiva dessa política enfrenta diversos desafios que se conectam diretamente ao cenário descrito anteriormente.

Destaca-se, um dos principais obstáculos é a limitação de recursos financeiros, que compromete a expansão e a manutenção de serviços especializados para as pessoas idosas no SUS. Além disso, os sistemas de informação ainda são frágeis, dificultando o levantamento de dados precisos sobre as condições de vida e saúde dessa população, o que impacta negativamente o planejamento e a avaliação das ações de saúde. Outro ponto crítico é a insuficiente qualificação dos profissionais de saúde, os cuidados com a pessoa idosa exigem uma abordagem multidisciplinar e sensível às especificidades do envelhecimento, como doenças crônicas, fragilidade física e questões psicossociais. Dessa forma, sem formação adequada, os profissionais podem reproduzir práticas discriminatórias ou negligentes, contrariando os princípios da PNSPI, que preconiza o respeito, a dignidade e a autonomia da pessoa idosa.

O Ministério da Saúde, em parceria com a UnB, iniciou a atualização da PNSPI por meio de uma pesquisa voltada as pessoas idosas usuárias do SUS, com o objetivo de identificar os principais desafios no acesso à saúde e construir políticas de forma participativa. O contexto demográfico reforça a urgência dessa iniciativa, pois em 2024 o Brasil já tinha cerca de 34 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando 16% da população, e as projeções indicam que até 2050 haverá mais pessoas idosas do que crianças e adolescentes. Os resultados preliminares apontaram problemas como filas extensas, infraestrutura precária nas UBS e falta de profissionais especializados em geriatria e gerontologia. Assim, a atualização da PNSPI evidencia a necessidade de fortalecer o SUS, investir na formação de profissionais e garantir protagonismo às pessoas idosas nas decisões que afetam suas vidas (Brasil, 2025).

2.3 Envelhecimento e violência

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que reflete transformações profundas nas dinâmicas demográficas, especialmente a partir da segunda metade do século XX. No Brasil, esse processo está diretamente relacionado à queda das taxas de fecundidade desde os anos 1960 e à redução da mortalidade em todas as faixas etárias, com destaque para

a infantil. Dessa maneira, esses fatores contribuíram para o aumento da expectativa de vida e a mudança na estrutura etária da população.

No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2022, as mulheres representam 51,5% da população brasileira e apresentam maior longevidade em comparação aos homens. Em 2023, a expectativa de vida ao nascer foi de 79 anos para mulheres e 73 anos para homens. Essa diferença é explicada, em parte, pela menor taxa de mortalidade feminina, o que torna o envelhecimento uma questão também marcada por determinantes sociais, como os de gênero. Como é apontado no manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa (2014),

As diferenças de gênero tornam a situação da violência estrutural mais crítica. As pesquisas gerontológicas mostram que as mulheres de idade avançada (e não os homens) estão mais expostas à pobreza, à solidão e à viuvez, tem mais problemas de saúde e têm menos oportunidades de contar com um companheiro em seus últimos anos de vida. Portanto, elas constituem o grupo mais vulnerável entre os pobres e entre as pessoas idosas pobres, por causa das limitações da idade, por causa das perdas e porque têm mais problemas de saúde e dependências (Brasil, 2014, p. 60).

Evidencia-se, que o processo de envelhecimento no país ocorre em um contexto de desigualdades sociais, econômicas e de condições precárias de acesso à saúde. Sendo assim, esse processo gera como consequência a vulnerabilização das pessoas ao envelhecer, pois não se limita a fatores biológicos, mas também decorre de desigualdades estruturais que afetam diferentes grupos conforme o gênero, a raça, etnia e classe social (OPAS/OMS, 2022).

No país, a população com 60 anos ou mais alcançou aproximadamente 32 milhões de pessoas em 2022, representando cerca de 15% da população total, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Esse crescimento acelerado tem ampliado o debate sobre os impactos do envelhecimento na sociedade, incluindo a dependência funcional, os gastos públicos com saúde e previdência, e a necessidade de políticas que garantam autonomia, qualidade de vida e direitos para essa parcela da população.

A OMS propõe o conceito de envelhecimento saudável como o processo de manter a capacidade funcional que assegura o bem-estar ao longo da vida. Essa abordagem holística considera não apenas os aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais da saúde (DSS), como condições de moradia, trabalho, educação, renda, acesso a serviços básicos e participação social. Estudos da ENSP/Fiocruz reforçam que esses determinantes são moldados por políticas públicas e estruturas de poder, afetando especialmente os grupos historicamente marginalizados.

No contexto da década do Envelhecimento Saudável (2020–2030), a OPAS/OMS destaca a importância de alinhar os sistemas de saúde às necessidades da população idosa,

promover ambientes inclusivos e combater o idadismo, o que é a discriminação baseada na idade. Além disso, recomenda-se a coleta de dados mais precisos, o fortalecimento da pesquisa e a articulação entre governos e sociedade civil para enfrentar as desigualdades persistentes.

O envelhecimento, assim como a violência, é tratado de maneira distinta conforme a sociedade em questão. Historicamente, envelhecer era um privilégio reservado às classes mais abastadas, já que os pobres raramente sobreviviam o suficiente para atingir a velhice. Nesse contexto, a longevidade era vista como um sinal de sucesso e resistência, e as pessoas idosas ocupavam posições de respeito e autoridade dentro das comunidades.

Em algumas culturas, como entre os esquimós, o envelhecimento era encarado sob uma ótica funcionalista e coletiva, pois quando um indivíduo já não conseguia garantir sua própria sobrevivência, era esperado que se retirasse voluntariamente da sociedade, muitas vezes por meio do suicídio. Essa prática, embora seja extrema aos olhos contemporâneos, refletia uma lógica de preservação do grupo, onde a incapacidade de contribuir era vista como motivo suficiente para o desaparecimento (Sousa, 2004).

Nas sociedades contemporâneas, especialmente nas ocidentais, o envelhecimento passou a ser associado à aposentadoria, dependência e, em muitos casos, à exclusão social. A valorização da pessoa idosa varia conforme o contexto cultural e econômico, podendo oscilar entre o respeito à sabedoria acumulada e a negligência institucional. Dessa maneira, a forma como as pessoas idosas são tratadas pode ser considerada uma forma de violência simbólica, quando são ignorados, invisibilizados ou descartados pelas estruturas sociais.

Evidencia-se que o envelhecimento não é apenas um processo biológico, mas também uma construção social que revela os valores, prioridades e tensões de cada cultura. Sendo assim, a maneira como uma sociedade lida com a população idosa diz muito sobre sua visão de humanidade, solidariedade e dignidade.

Dessa maneira, o envelhecimento populacional no Brasil exige uma resposta integrada que vá além da saúde, envolvendo ações intersetoriais que promovam equidade, inclusão e dignidade para todas as pessoas idosas, especialmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade.

A violência na sociedade brasileira apresenta diversas dimensões, sendo influenciada por fatores como cor, gênero e condição financeira. Dessa forma, a vulnerabilidade de certos indivíduos e grupos sociais à violência pode ser amplificada por essas características. Como aponta Minayo (2020, p. 23),

Não se conhece nenhuma sociedade totalmente isenta de violência. Ela consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros: indivíduos, grupos e coletividades. Há sociedades mais violentas do que outras, o que evidencia o peso da cultura na forma de solução de conflitos.

Entende-se a violência, como fenômeno histórico, que sempre esteve presente em diferentes momentos e espaços do desenvolvimento da sociedade. Atualmente, está mais evidente devido a vários fatores, incluindo os sociais, culturais, econômicos e políticos. Assim, a violência é uma constante na sociabilidade contemporânea, manifestando-se de formas variadas ao longo do tempo.

Nesse cenário, com o intuito de expandir a compreensão sobre o que constitui violência contra a pessoa idosa, Minayo (2005, p. 15) categoriza suas manifestações em diferentes formas, permitindo uma abordagem mais ampla e detalhada do fenômeno.

Violência Física: é o uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar dor, incapacidade ou morte.

Violência Psicológica: corresponde a agressões verbais ou gestuais com social.

Violência Sexual: refere-se ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Abandono: é uma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma

pessoa idosa que necessite de proteção e assistência.

Negligência: refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência mais presente no país. Ela se manifesta, frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

Violência Financeira ou econômica: consiste na exploração imprópria ou ilegal ou ao uso não consentido pela pessoa idosa de seus recursos financeiros e patrimoniais.

Auto-negligência: diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria a saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.

Violência Medicamentosa: é administração por familiares, cuidadores e profissionais dos medicamentos prescritos, de forma indevida, aumentando, diminuindo ou excluindo os medicamentos.

Violência Emocional e Social: refere-se a agressão verbal crônica, incluindo palavras depreciativas que possam desrespeitar a identidade, dignidade e autoestima. Caracteriza-se pela falta de respeito à intimidade; falta de respeito aos desejos, negação do acesso a amizades, desatenção a necessidades.

Seguindo o contexto mundial, o envelhecimento no Brasil tem crescido consideravelmente, como abordado anteriormente. Sendo assim, a associação entre o envelhecimento e a dependência, são temas atuais, os quais levam a preocupação com a pressão desse processo sobre os gastos públicos. Dessa forma, cresce a preocupação com a qualidade de vida e a garantia dos direitos desse grupo na realidade brasileira (Ipea, 2024).

Nesse sentido, cabe ressaltar que o Estatuto da Pessoa Idosa (EPI), é um marco ao regular os direitos assegurados as pessoas idosas no Brasil, dentre os quais destaca-se o direito à vida, à saúde e a proteção social. A sua necessidade se justifica pelo não cumprimento de vários dos direitos expressos em outras peças legais, como a própria Constituição Federal de 1988 e a Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994. Embora essas legislações, incluindo o Estatuto, signifiquem grandes avanços no sentido de inclusão das pessoas idosas nas políticas sociais, todas elas consideram pessoas idosas como um grupo homogêneo, buscando uma pretensa universalização (Ipea, 2024).

A OMS define a violência contra pessoas idosas como “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha” (OMS, 2002, p.332). Já no Art. 19 § 1º do Estatuto da Pessoa Idosa, “considera-se violência contra a pessoa idosa qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico”. Outro ponto a ser destacado é que a violência contra as pessoas idosas se complexifica com os atravessamentos regionais, de raça e de gênero.

Cabe destacar, o conceito definido pelo manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa (2014), o qual aborda que:

A violência contra a pessoa idosa pode assumir várias formas e ocorrer em diferentes situações. Por diferentes motivos, entretanto, é impossível dimensioná-la em toda a sua abrangência: ela é subdiagnosticada e subnotificada. A Lei 12.461 de 26 de julho de 2011 que reformula o artigo 19 do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003) ressaltou a obrigatoriedade da notificação dos profissionais de saúde, de instituições públicas ou privadas, às autoridades sanitárias quando constatarem casos de suspeita ou confirmação de violência contra pessoas idosas, bem como a sua comunicação aos seguintes órgãos: Autoridade Policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso. Falamos, pois, de violências visíveis e invisíveis (Brasil, 2014, p. 37).

Os dados disponíveis pelo Ipea (2024) indicam que a população idosa tem sido frequentemente exposta a situações de negligência e violência. No entanto, a mensuração precisa desse problema ainda enfrenta diversos obstáculos. Pois, essas dificuldades tornam-se ainda mais evidentes quando se busca analisar a questão sob uma perspectiva racial, a escassez de informações específicas sobre pessoas negras idosas, incluindo quilombolas, compromete a produção de estudos populacionais que abordem o acesso a serviços, as condições de saúde e os índices de mortalidade dessa parcela da população (Castro, 2023).

Destacando um dos principais entraves para a formulação de políticas públicas eficazes é o próprio Estatuto da Pessoa Idosa, que trata as pessoas idosas como um grupo homogêneo, sem considerar as diferenças marcadas por raça e gênero. Dessa forma, essa abordagem generalista dificulta a criação de estratégias específicas para a prevenção de violências, sobretudo em um contexto de aumento da expectativa de vida da população brasileira (Romero; Maia; Muzy, 2019).

A invisibilidade das questões étnico-raciais é uma das formas mais sutis e persistentes de racismo institucional. Como destaca Oliveira (2018), ao analisar a violência contra mulheres negras idosas, “as questões étnico-raciais permaneceram intocadas, o que ilustra uma das estratégias do racismo, que é manter a invisibilidade social das especificidades e necessidades da população negra”. Essa omissão reforça desigualdades e limita o acesso a direitos fundamentais.

Diante disso, é urgente que o Estatuto da Pessoa Idosa avance no reconhecimento das especificidades que atravessam a velhice, incorporando recortes de raça, gênero e território. Caracteriza-se que somente com esse olhar interseccional será possível garantir a proteção integral dos direitos da população idosa, especialmente daqueles que historicamente enfrentam múltiplas formas de violência e exclusão.

Nesse sentido, como abordado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a respeito do Estatuto da Pessoa Idosa, o qual evidencia que os direitos não são experienciados da mesma forma nas diferentes localidades no país.

O acesso aos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Pessoa Idosa não é desfrutado da mesma forma entre a população idosa no Brasil. A heterogeneidade dessa população requer que as políticas públicas considerem as suas diferenças – inclusive em nível regional. Um residente da região Norte envelhece em condições mais adversas do que o residente na região Sudeste. O aumento da expectativa de vida é uma grande conquista a ser celebrada, mas ela ocorre diferenciadamente entre homens e mulheres, bem como entre negros e não negros. Além disto, a qualidade de vida dos longevos ainda é uma meta a ser perseguida, para que se possa acrescentar “mais vida aos anos vividos”, e pode ser um passo importante para a construção de “uma sociedade para todas as idades” na qual todos possam se beneficiar desses ganhos (Ipea, 2024, p. 4).

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que as violações de direitos nas distintas regiões do país, também possuem diferentes formas de violências contra as pessoas idosas. Além disso, a violência é caracterizada de formas distintas e se apresenta de formas multifacetadas. Assim como, na maioria dos casos é naturalizada na sociedade, principalmente em relação as pessoas idosas, pois são segmentos estigmatizados e subalternizados, permeados por relações e condições do processo de exploração da sociabilidade capitalista.

Nesse contexto, a violência contra pessoas idosas no Brasil tem registrado um aumento preocupante, pois de acordo com os dados do Ministério dos Direitos Humanos. No estado do Amazonas, só em 2025, já foram identificadas 5.375 denúncias e 38.551 violações contra esse grupo vulnerável. Essa realidade se reflete no município de Parintins, onde até maio deste ano, foram notificadas 25 denúncias e 204 violações. Comparando com os números de 2024, que somaram 49 denúncias e 285 violações ao longo do ano, percebe-se que, em apenas cinco meses de 2025, os casos já representam uma parcela significativa dos registros do ano anterior. Esses dados evidenciam uma tendência alarmante de violência contra pessoas idosas, reforçando a necessidade de medidas urgentes para proteção e garantia dos seus direitos (Brasil, 2025).

A violência contra a pessoa idosa no Brasil é um fenômeno complexo e multifacetado, que se manifesta de formas distintas conforme as características sociais, econômicas e culturais de cada região do país. Essa diversidade reflete não apenas as desigualdades estruturais existentes, mas também os diferentes modos como o envelhecimento é percebido e tratado nas comunidades. Em algumas localidades, a violência pode assumir formas explícitas, como agressões físicas ou abandono, enquanto em outras se expressa de maneira mais sutil, como negligência, exclusão social ou desrespeito aos direitos básicos.

Essa pluralidade de manifestações está diretamente ligada à naturalização da violência na sociedade brasileira, especialmente quando se trata da população idosa. Muitas vezes, práticas abusivas são incorporadas ao cotidiano e não são reconhecidas como violência, o que dificulta sua denúncia e enfrentamento. A invisibilidade social das pessoas idosas, somada ao estigma da velhice como sinônimo de incapacidade ou inutilidade, contribui para sua subalternização, tornando-os mais vulneráveis a situações de exploração e desrespeito. Como aborda a autora Minayo (2020, p. 41),

A violência não é um fenômeno abstrato: ela é concreta e ocorre em cada estado e em cada município de forma específica. Por isso existe a necessidade de estudos locais e operacionais. São necessárias também estratégias intersetoriais de enfrentamento. Dependendo das situações concretas, as ações coletivas demandam entendimento com a área de educação, de serviços sociais, de justiça, de segurança pública, do ministério público, do poder legislativo e, sempre, com os movimentos sociais, visando à promoção de uma sociedade cujo valor primordial seja a vida (e não a morte) e à convivência saudável de seus cidadãos.

É importante compreender que a violência contra a pessoa idosa não ocorre de forma isolada, mas está inserida em um sistema mais amplo de relações sociais marcado pela lógica

da sociabilidade capitalista. Essa lógica valoriza a produtividade, o consumo e a juventude, relegando as pessoas idosas a uma posição marginal. A exploração econômica, a precarização dos vínculos familiares e comunitários, e a ausência de políticas públicas eficazes reforçam esse cenário de vulnerabilidade.

Portanto, o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa exige uma abordagem intersetorial e crítica, a qual reconheça as especificidades regionais dos territórios e promova a valorização da velhice como parte integrante e ativa da sociedade. Sendo necessário romper com os estigmas, para construir uma cultura de respeito, cuidado e inclusão, onde os direitos das pessoas idosas sejam efetivamente garantidos e protegidos.

CAPÍTULO III

EQUIPES DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: Identificação e Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa na UBS Dr. Francisco Tussolini

Este capítulo abordará a relação entre a atenção básica em saúde e a identificação e prevenção da violência contra a pessoa idosa no bairro da União, em Parintins (AM). Inicialmente, será feita uma contextualização do território, destacando sua origem a partir de ocupações por famílias em situação de vulnerabilidade e os desafios estruturais enfrentados pela comunidade. Em seguida, serão apresentados indicadores de violência contra as pessoas idosas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Francisco Tussolini por meio das entrevistas realizadas com as pessoas idosas do território, evidenciando os tipos mais recorrentes e os fatores associados. Por fim, será discutida a atuação das equipes de saúde frente a essas violências, incluindo estratégias de acolhimento, notificação, encaminhamento e ações educativas que promovam o respeito e a proteção dos direitos da pessoa idosa.

3.1 Percepção da pessoa idosa usuária do SUS na UBS Dr. Francisco Tussolini, sobre a violência e o cuidado familiar

O envelhecimento populacional no Brasil tem trazido à tona importantes reflexões sobre as condições de vida e os desafios enfrentados pela população idosa, especialmente no que diz respeito à violência e ao cuidado familiar. No âmbito da atenção básica à saúde, a UBS Dr. Francisco Tussolini, localizada no bairro da União em Parintins, representa um espaço estratégico para compreender como as pessoas idosas usuárias do SUS percebem suas experiências de cuidado e possíveis situações de violência, sejam elas física, psicológica, financeira ou negligência. A análise dessas percepções é fundamental para fortalecer políticas públicas, promover o envelhecimento saudável e garantir a proteção dos direitos dessa parcela da população.

Nessa perspectiva, cabe contextualizar o bairro da União, situado na zona sul da cidade de Parintins: ele surgiu como consequência de um dos mais recorrentes conflitos sociais enfrentados pelas cidades brasileiras, a luta por moradia digna. Sua origem remonta às ocupações iniciadas em 2008, que se consolidaram em 2009, em uma área pertencente ao empresário Paulo Corrêa. Após reivindicar judicialmente a posse do terreno, o Sr. Corrêa foi ressarcido pelo poder público (Santos, 2015).

A formação do bairro da União foi protagonizada por famílias em situação de vulnerabilidade habitacional, refletindo uma realidade comum em diversas regiões urbanas do país, pois, a ausência de políticas públicas eficazes voltadas à habitação tem impulsionado a criação de territórios periféricos, muitas vezes por meio da ocupação direta como forma de resistência e sobrevivência. Dessa maneira, esse processo evidencia a urgência de soluções estruturais para garantir o direito à moradia digna.

Segundo Mendonça (1998), tais ocupações devem ser compreendidas como estratégias de resistência e afirmação de direitos, expressando a luta por uma vida digna, por um ambiente saudável e pelo acesso equitativo à cidade. Nesse sentido, o bairro da União não é apenas um espaço físico, mas um território socialmente construído, marcado por disputas políticas e relações de poder que moldam o seu cotidiano.

Ao aprofundar essa análise, destaca-se que a pobreza é o primeiro conflito social nos ambientes periféricos. No caso do bairro da União, a precariedade das condições de vida, a carência de infraestrutura e serviços básicos, além da marginalização econômica evidenciam como a periferia é funcional ao sistema capitalista, ao mesmo tempo em que revela suas contradições. Desse modo, a periferia, nesse modelo, não é um erro, mas uma engrenagem que sustenta a sociabilidade excludente do capitalismo urbano (Corrêa, 1997).

Dito isto, o bairro da União representa um espaço de resistência e de produção de vida, onde os moradores, mesmo diante das adversidades, constroem redes de solidariedade, identidade e pertencimento ao território. A sua história é, portanto, um reflexo das desigualdades estruturais, mas também da potência transformadora das lutas populares e dos movimentos sociais em busca de acesso a serviços essenciais.

O bairro é composto majoritariamente por famílias oriundas da zona rural do município de Parintins e de outros estados, incluindo comunidades indígenas que migraram para a cidade em busca de acesso à educação para seus filhos. Formado a partir de uma ocupação considerada “irregular” sob a ótica legal, o bairro tornou-se uma alternativa de moradia para aqueles que não tinham condições de estabelecer residência formal na cidade. Muitas dessas famílias enfrentavam o dilema de enviar seus filhos para estudar em Parintins, recorrendo a parentes ou amigos para acolhê-los temporariamente. Esse processo migratório carrega consigo uma série de implicações sociais, econômicas e culturais, revelando as dificuldades enfrentadas por essas populações em situação de vulnerabilidade.

Nesse contexto, é importante destacar que tais processos estão permeados por uma violência estrutural. Pois, segundo Marilena Chauí (2019, p. 35-36), a violência estrutural é aquela que não se manifesta apenas em atos isolados, mas está enraizada nas próprias

instituições e práticas sociais, reproduzindo desigualdades e exclusões de forma sistemática. A sociedade brasileira é marcada por uma cultura autoritária e hierárquica, na qual o estado, em vez de proteger os cidadãos, frequentemente atua como agente de violência por meio de políticas excludentes e pela manutenção de privilégios de grupos dominantes. Assim, a violência estrutural naturaliza a opressão e a injustiça, tornando-se invisível ou até mesmo confundida com “ordem” e “normalidade” dentro da sociedade e sendo uma realidade nas ocupações do município de Parintins.

Essa violência estrutural, ao se infiltrar nas relações sociais, encontra expressão também no âmbito familiar, articulando-se com a violência intrafamiliar que afeta diretamente as pessoas idosas. Diante disso, os autores Faleiros e Brito (2007, p. 109) ressaltam o impacto da violência nas relações sociais, especialmente no que se refere a violência intrafamiliar:

O impacto da violência, por sua vez, se traduz, tanto na reprodução da desigualdade, das assimetrias e dessimetrias, como na negação do conflito e do outro, no sofrimento, angústia e, também, em prejuízos ou danos para as vítimas. A violência intrafamiliar se articula com a violência social, mas nosso foco de análise vai ser o discurso das pessoas idosas na sua significação ou ressignificação do ato violento praticado pelas pessoas mais próximas.

Além disso, destaca-se que, nas situações de violência contra pessoas idosas, as mulheres são as principais vítimas. Essa realidade está profundamente enraizada em estruturas machistas e em dinâmicas de dominação de gênero, que se manifestam nas relações de poder tanto no imaginário social quanto nas práticas cotidianas. Trata-se de um fenômeno complexo, presente em diversos espaços como nas instituições, na família, no estado e na sociedade como um todo e que contribui para a perpetuação da desigualdade e da vulnerabilidade das mulheres idosas (Faleiros; Brito, 2007, p. 110).

Nesse contexto, a família configura-se como uma relação social legitimada, fundamentada no reconhecimento mútuo e comprometido entre seus membros. Os vínculos estabelecidos sejam de parentesco ou afetivos sustentam uma dinâmica de troca, proteção e convivência, que influencia diretamente a socialização dos indivíduos e a transmissão de heranças culturais, interpessoais e patrimoniais. Entretanto, na dinâmica familiar, os conflitos se fazem presentes e neles manifestam-se tanto as relações de afeto quanto desafetos, o poder autoritário e a própria violência, pois viver em família não é pré-condição de relações harmoniosas (Idem, 2007).

Nesse sentido, quando a família não consegue garantir proteção plena, torna-se essencial a atuação dos serviços públicos de saúde, como a UBS Dr. Francisco Tussolini, que desempenha papel fundamental na prevenção e no cuidado integral da pessoa idosa. Sendo

um dos principais equipamentos de APS em Parintins, referência não apenas para os bairros da União, Castanhal e Teixeira, mas também para usuários oriundos de outras localidades, inclusive da zona rural. No âmbito do Programa de Saúde do Idoso, as equipes da Estratégia Saúde da Família (e-SF) realizam acompanhamento contínuo por meio de visitas domiciliares, identificando situações de violência, dificuldades de locomoção, casos de acamamento, além de monitorar condições crônicas como hipertensão e diabetes, encaminhando ainda para avaliações fisioterápicas e nutricionais quando necessário. Essas ações reforçam a importância da prevenção e do cuidado integral, especialmente diante do cenário de violência contra as pessoas idosas.

Desta forma, a metodologia da pesquisa teve como *locus* a Unidade Básica de Saúde Dr. Francisco Tussolini, popularmente conhecida como UBS União, situada na zona sul do município de Parintins. A amostra foi composta por moradores dos bairros União e Castanhal, ambos inseridos na área de abrangência da UBS União. A seleção dos participantes considerou esse critério territorial, resultando na participação de três pessoas idosas que aceitaram integrar a pesquisa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas realizadas nas residências dos entrevistados, concentradas em um único dia. Cada encontro foi conduzido individualmente, com duração média de 30 minutos, possibilitando a obtenção de informações relevantes para a análise proposta.

A entrevista, conforme entendimento de Gil (1999, p. 45), constitui-se em um:

[...] procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos, ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados.

Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo, conforme o método proposto por Laurence Bardin (2004), o qual considera essa abordagem como uma das mais eficazes para compreender as comunicações humanas, indo além dos significados imediatos. Dessa maneira, a análise de conteúdo permite identificar, categorizar e interpretar as mensagens expressas, revelando sentidos implícitos e padrões presentes nos discursos dos participantes. A seguir, apresenta-se o quadro com a caracterização dos participantes da pesquisa de campo:

Quadro 6 - Caracterização das pessoas idosas entrevistadas

Entrevistado	Nome	Idade	Gênero	Cor da Pele/Raça	Escolaridade	Estado Civil
1	João	62 anos	Masculino	Indígena	Ensino Fundamental Completo	Casado
2	Ricardo	64 anos	Masculino	Pardo	Ensino Fundamental Incompleto (estudando no EJA)	União Estável
3	Mário	77 anos	Masculino	Indígena	Ensino Fundamental Incompleto (até o 5º ano)	Solteiro

Fonte: Pesquisa de campo, 2025.

*Todos os nomes são fictícios

O perfil dos participantes da pesquisa é composto por três homens, cujos nomes são fictícios para preservar o anonimato, com idades entre 62 e 77 anos, sendo um com 62 anos, outro com 64 e o terceiro com 77 anos. Quanto ao estado civil, o grupo inclui um casado, um em união estável e outro solteiro, todos possuem filhos. Evidencia-se que os três nasceram em comunidades rurais e decidiram estabelecer residência em Parintins, motivados pela expectativa de encontrar melhores condições de vida na cidade.

Conforme os dados demográficos do IBGE (2022), observa-se diferenças relevantes entre os bairros União e Castanhal. No bairro União, a razão de sexo é equilibrada, com 100 homens para cada 100 mulheres, enquanto no Castanhal há uma leve predominância masculina, com 104 homens para cada 100 mulheres. Assim como, a idade mediana também varia: na União é de 21 anos, ao passo que no Castanhal é de 19 anos, indicando uma população relativamente mais jovem.

Já o índice de envelhecimento revela contrastes importantes: na União existem 12,5 pessoas com 60 anos ou mais para cada 100 indivíduos com até 14 anos, enquanto no Castanhal essa proporção é de apenas 8,1 para cada 100. Esses dados específicos da amostragem evidenciam não apenas a composição etária distinta entre os bairros, mas também diferentes desafios sociais relacionados ao envelhecimento e à estrutura demográfica local.

No que se refere à escolaridade, apenas um dos entrevistados possui o ensino fundamental completo, enquanto outro ainda está em processo de escolarização por meio da Educação de Jovens e Adultos (EJA). Por fim, o último entrevistado estudou até a 5ª série do ensino fundamental, o que revela diferentes trajetórias educacionais e níveis de acesso à formação básica.

De acordo com Neri (2011), compreender a qualidade de vida na velhice exige uma abordagem multidimensional e integrada, o que inclui considerar aspectos educacionais como parte fundamental da análise, já que a escolaridade influencia diretamente nas oportunidades, na autonomia e no bem-estar das pessoas idosas.

Dados de pesquisas sociológicas, econômicas e epidemiológicas indicam que, isoladamente, variáveis objetivas tais como nível de renda, classe social, escolaridade, etnia, nacionalidade, gênero, idade e saúde são preditores fracos da qualidade de vida de indivíduos e de coletividades. Explicações mais satisfatórias são alcançadas quando as variáveis objetivas são consideradas junto com aspectos subjetivos. A consideração de fatores objetivos interagindo com os subjetivos ajuda a entender a atividade, o envolvimento social, a produtividade e a manutenção da saúde física e da funcionalidade nos idosos, mesmo sob condições objetivas até certo ponto adversas (Neri, 2011, p. 14).

Nesse contexto, a figura a seguir sistematiza os principais dados referentes às dimensões de renda, cuidado e saúde das pessoas idosas entrevistadas, oferecendo uma visão integrada das condições que marcam suas experiências cotidianas.

Figura 9 – Dimensões de Renda, Cuidado e Saúde das Pessoas Idosas

Categoria	Questões	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3
RENDA	Trabalha atualmente	Sim	Não	Não
	Renda mensal	1 salário-mínimo	Sem renda	1 salário-mínimo
	Fonte de renda	Aposentadoria e Pescaria	Bolsa Escola	Aposentadoria
	Pessoas que dependem da renda	8 pessoas	1 (ele mesmo)	2 pessoas (ele e o filho)
CUIDADO	Rede de apoio próxima	Vizinhos	Sobrinha	Vizinhos
	Cuidador remunerado	Não	Não	Não
	Cuidador não remunerado	Não	Não	Não
SAÚDE	Estado de saúde	Ainda boa	Ótimo	Muito ótima
	Visita de agente comunitário	Sim	Sim, as vezes	Sim
	Possui alguma doença	Não	Não	Não
	Possui alguma deficiência	Não	Não	Não

Fonte: Pesquisa de campo, 2025.

A análise dos três entrevistados revela um cenário de vulnerabilidade socioeconômica marcado por baixa renda, ausência de cuidadores e apoio limitado. Dois deles vivem com apenas um salário-mínimo, enquanto um sequer possui renda própria, dependendo

exclusivamente de uma bolsa assistencial. A quantidade de dependentes da renda é desproporcional, conforme evidenciado no caso do primeiro entrevistado, que sustenta oito pessoas. Ressalta-se, ainda, que as três pessoas idosas entrevistadas atuam como provedores principais de suas famílias.

Esse fator pode estar relacionado à dependência econômica como um elemento de vulnerabilidade, configurando-se como um possível risco para a ocorrência de maus-tratos. Pois, a vulnerabilidade das pessoas idosas não se limita apenas às questões físicas ou de saúde, mas também às condições socioeconômicas, sendo a dependência financeira um dos fatores que podem desencadear situações de maus-tratos, conforme aponta o autor Juan Tortosa (2004).

Com base nas entrevistas realizadas, serão analisadas as falas dos participantes, buscando identificar e descrever as dimensões da violência, conforme emergem de suas respostas. Assim, é possível compreender como os sujeitos percebem e vivenciam situações de violência em seu bairro. O primeiro entrevistado João (62 anos), ao ser questionado sobre a questão “Você vive em áreas de risco de desastre natural ou áreas violentas?”, expressa sua percepção da violência nos seguintes termos:

“Não, aqui não, já foi perigoso antigamente, mas o perigo era logo quando iniciou esse bairro aqui, a gente corria muito risco, era assalto até porque um filho meu foi assaltado nesse campo, que agora já é bairro também aí, deram duas terçadada nele, deram uma na cabeça dele e deram outra no ombro, foi pra Manaus, hoje em dia ele não pode mais nem trabalhar, ele tá aí na rede, eu que sustento ele. Agora não, depois que esse pessoal entrou aqui por uma parte é ruim, mas por outra é boa, a polícia não faz nada, mas o pessoal faz aí, hoje se eu deixo um triciclo aí, uma bicicleta ninguém rouba, aí daquele que roubar, esses caras são mais que a polícia, mas por uma parte é ruim porque eles matam, mas por outra parte eles protegem a gente”. (João, 62 anos)

A fala do João (62 anos), revela uma percepção ambígua da violência em seu bairro, marcada por experiências traumáticas e pela ausência do estado como agente de proteção. Ao relatar o episódio violento sofrido por seu filho, que resultou em incapacidade permanente, evidencia o impacto direto da violência na estrutura familiar e em sua condição de provedor. Apesar disso, ele reconhece uma mudança no cenário atual, atribuindo a sensação de segurança à atuação de facções criminosas vinculadas ao tráfico de drogas, embora recorram à violência extrema, são percebidos como mais eficazes que a própria polícia. Essa ambivalência demonstra como a violência pode ser naturalizada e até legitimada quando associada à proteção e à ordem, refletindo representações sociais complexas sobre segurança, justiça e cuidado no cotidiano de pessoas idosas.

O segundo entrevistado, Ricardo (64 anos), também aponta aspectos sobre essa questão da seguinte maneira:

“Sim, aqui na rua é uma área de risco por conta das drogas, o bairro é meio barra pesada, mas sempre falo com as pessoas, os vizinhos ajudam, mas as vezes aparece caso relacionado a violência contra as pessoas idosas, a gente fica sabendo que sempre alguém comenta “ah, uma pessoa bateu no idoso pra ali”, então a gente percebe que a gente sofre com algumas situações por conta de o bairro ser distante dos órgãos, a polícia também não resolve as coisas aqui, aqui é assim”. (Ricardo, 64 anos)

A fala de Ricardo (64 anos), apresenta uma percepção crítica sobre a insegurança vivida em seu bairro, marcada pela presença de drogas e pela vulnerabilidade das pessoas idosas. Ele reconhece o território como uma “área de risco” e aponta que, embora exista uma rede de apoio entre vizinhos, os casos de violência contra as pessoas idosas ainda ocorrem e são comentados informalmente na comunidade. Ele destaca ainda, a distância dos órgãos públicos e a ineficácia da atuação policial como fatores que agravam a sensação de abandono e desproteção. Sua fala evidencia a fragilidade das políticas de segurança e proteção social em áreas periféricas, onde o envelhecimento é atravessado por contextos de exclusão e negligência institucional.

Outro ponto destacado a partir dos dados obtidos das entrevistas, dois dos participantes da pesquisa relataram que vivenciam a insegurança alimentar. Pois, quando indagados da seguinte questão: “Nos últimos três meses, você deixou de comer ou fez só uma refeição por falta de dinheiro ou por não conseguir preparar comida?”. Eles responderam da seguinte maneira:

“Sim, às vezes acontece, por falta de dinheiro que não tem para comprar comida”. (Ricardo, 64 anos)

“Sim, olha, às vezes é por falta de dinheiro mesmo, às vezes ao invés de almoçar eu vou jantar, quando não tem comida, tomo um café com pão, um ovo frito, é assim”. (Mário, 77 anos)

A partir das respostas, evidencia-se um aspecto crítico da realidade vivida por parte dos participantes: a insegurança alimentar. Dois dos entrevistados relataram experiências concretas de privação alimentar nos últimos três meses, motivadas principalmente pela falta de recursos financeiros. Ricardo (64 anos) afirma que, por vezes, deixa de se alimentar por não ter dinheiro suficiente para comprar comida. Já Mário (77 anos), descreve uma rotina de adaptação à escassez, substituindo refeições completas por alimentos simples e acessíveis,

como café com pão ou um ovo frito, ao invés de uma dieta adequada a sua saúde, por já ser uma pessoa com idade mais avançada.

Com base nesses relatos, revela-se não apenas a vulnerabilidade socioeconômica enfrentada por essas pessoas idosas, mas também a precariedade das redes de proteção social, que deveriam garantir o direito básico à alimentação adequada na velhice. Dessa maneira, a insegurança alimentar, nesse contexto, pode emergir como um marcador de exclusão e negligência, agravando ainda mais a condição de vulnerabilidade desses sujeitos.

Conforme Conterato (2024), a insegurança alimentar não deve ser entendida apenas como insuficiência de renda, mas como uma expressão da questão social, que envolve múltiplas dimensões de vulnerabilidade, como isolamento, fragilidade das redes de apoio e desigualdade no acesso a políticas públicas. Além disso, aposentadorias insuficientes, ausência de renda formal e dependência econômica de familiares tornam as pessoas idosas mais suscetíveis à insegurança alimentar. Essa condição é agravada pelo isolamento social e pela falta de cuidadores formais ou informais, que poderiam contribuir para a garantia de uma alimentação adequada. Diante dessas vulnerabilidades, torna-se imprescindível discutir o papel da família e das políticas públicas na promoção do cuidado e da saúde da pessoa idosa.

Sob essa ótica, a discussão sobre cuidado e família demanda uma abordagem, ainda que breve, das concepções contemporâneas desse núcleo social, levando em conta as diretrizes estabelecidas nas legislações, políticas públicas e programas sociais voltados para esse segmento. Tal análise implica considerar o papel do estado e sua intervenção nesse contexto. Ademais, é necessário refletir sobre a temática a partir das dinâmicas das relações sociais e das políticas estatais, com o objetivo de problematizar os aspectos relacionados à proteção, à responsabilização e à participação da família no cuidado e na promoção da saúde da pessoa idosa (Nogueira; Monteiro, 2013).

Nesse sentido, torna-se fundamental compreender como as próprias concepções de família se transformaram ao longo do tempo, ampliando-se para além dos modelos tradicionais e incorporando diferentes arranjos e dinâmicas sociais. Ainda com base nas autoras Ana Claudia Nogueira e Marcia Monteiro (2013, p. 141), entende-se que a definição de família ultrapassa os modelos tradicionais, sendo compreendida da seguinte forma:

De modo geral, a vasta literatura sobre família define esse grupo social como fato cultural, historicamente condicionado dentro do contexto das relações sociais. Um grupo que pode se constituir ou não num lugar de felicidade (MIOTO, 1997), uma vez que a dinâmica de relações entre seus membros não é dada naturalmente, mas construída socialmente e a partir de sua história e de suas negociações cotidianas

internas e externas. Partindo dessa compreensão, reconhecemos a família como espaço fundamental da vida social, ainda que seja atravessado por contradições.

Dessa maneira, refletir sobre a família na contemporaneidade e sobre a atuação dos profissionais de saúde junto a esse grupo exige uma abordagem pautada nos deveres e direitos sociais que permeiam essa relação. Tal contexto evidencia a necessidade de compreender a família como um espaço dinâmico e plural, cuja participação é essencial na promoção da saúde, especialmente no cuidado à pessoa idosa, e cuja interlocução com os serviços públicos deve ser mediada por ações éticas, integradas e socialmente comprometidas.

Nesse sentido, o primeiro entrevistado (62 anos), relatou ter vivenciado violência institucional ao presenciar a recusa de atendimento à sua cunhada por um profissional de saúde, o que resultou em sua morte. Além de sentir discriminação por sua idade em atendimentos, vive em uma área com histórico de violência, onde a segurança atual depende de grupos informais que utilizam métodos violentos, e sustenta oito pessoas com renda limitada, o que aumenta sua situação de vulnerabilidade social.

O segundo entrevistado (64 anos), não relatou experiências de violência direta, entretanto, apresenta vulnerabilidades relacionadas à ausência de renda formal, à insegurança alimentar e ao desconhecimento sobre os canais de denúncia de violência contra pessoas idosas. Embora resida em uma área considerada tranquila, sua condição de viver sozinho configura um potencial risco de negligência, ainda que mencione contar com o apoio eventual de uma sobrinha.

O último entrevistado (77 anos), relatou ter sido privado de informações essenciais relacionadas a um tratamento de saúde, situação que pode ser caracterizada como negligência institucional. Além disso, enfrenta insegurança alimentar e reside em uma área marcada pela presença de drogas e episódios de violência, incluindo relatos de agressões contra pessoas idosas. Sua condição de depender exclusivamente do apoio de vizinhos, sem contar com cuidadores formais ou informais, intensifica os riscos e vulnerabilidades a que está exposto.

O quadro a seguir sintetiza as principais formas de violência mencionadas pelos entrevistados, evidenciando fatores que contribuem para situações de vulnerabilidade e risco na velhice.

Quadro 7 - Principais fatores de violência observados

Fator	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3
Violência direta vivenciada	Sim (conflito hospitalar)	Não	Não

Fator	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3
Discriminação por idade	Sim	Não	Não
Insegurança alimentar	Não	Sim	Sim
Rede de apoio comunitária	Sim (vizinhos)	Sim (sobrinha)	Sim (vizinhos)
Área de risco territorial	Sim (violência urbana)	Não	Sim (drogas e agressões)
Conhecimento sobre denúncias	Sim (Conselho do Idoso)	Não	Parcial (só delegacia)

Fonte: Pesquisa de campo, 2025.

Desse modo, esses relatos mostram que a violência contra a pessoa idosa pode se manifestar de várias formas, tanto de forma direta, como negligência institucional ou discriminação, quanto de forma indireta, como insegurança alimentar, isolamento, ausência de políticas públicas e exposição a territórios violentos. Sendo assim, é necessário que haja uma proteção efetiva, a qual exige ações intersetoriais que considerem não apenas a idade, mas também o território, a etnia, a renda e o acesso à informação e serviços.

Nesse sentido, conforme destaca Giovanella (2012), a intersetorialidade constitui um eixo estruturante para a efetivação da proteção social e da atenção integral à saúde. Ela implica na articulação entre diferentes setores na saúde, assistência social, educação, habitação e segurança de modo a superar a fragmentação das políticas e responder às múltiplas necessidades da população. Para a autora, a integralidade só se concretiza quando há cooperação intersetorial, capaz de considerar as desigualdades territoriais, étnicas e socioeconômicas que atravessam o envelhecimento. Assim, a intersetorialidade fortalece redes de cuidado e promove a equidade, assegurando que a proteção à pessoa idosa não se limite ao aspecto biológico, mas contemple também os determinantes sociais de saúde.

De acordo com o Guia de Orientação à Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (2019), devem ser levantados, em seu contexto de vida, os fatores multidimensionais que determinam a capacidade de uma pessoa idosa de realizar as AVD¹, considerando tanto os recursos e fatores de proteção, quanto os fatores de risco relacionados a relações familiares e comunitárias, ambiente domiciliar e peridomiciliar, atividades produtivas, recreativas e de participação social. Sendo assim, do ponto de vista sociofamiliar, os principais fatores de risco destacados são:

- Morar sozinho;
- Residir em ILPI;
- Ausência de companheiro ou cônjuge;
- Viuvez recente;

¹ As necessidades biopsicossociais se referem àquelas tarefas fundamentais para a gestão da própria vida e do autocuidado, denominadas atividades de vida diária (AVD) (Ministério da Saúde, 2019).

- Ausência de familiares, amigos ou cuidadores com disponibilidade para atender o idoso, principalmente o dependente de cuidados;
- Ausência de visitas de familiares ou amigos com regularidade;
- Ser responsável pelo cuidado de pessoas dependentes em sua casa;
- Analfabetismo;
- Ser dependente do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou não ter acesso à renda própria capaz de garantir a própria subsistência;
- Não possuir moradia própria ou ter moradia própria em condições precárias de organização e higiene;
- Não participar de alguma atividade de socialização extradomiciliar, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência etc.;
- Ter indícios ou ocorrências de violência doméstica, principalmente quando voltada à pessoa idosa (2019, p. 17).

Nessa perspectiva, observou-se que os participantes da pesquisa relataram diversos fatores de risco significativos. Entre eles, destacam-se a responsabilidade exclusiva pelo cuidado de pessoas dependentes no ambiente doméstico, a ausência de renda própria suficiente para garantir a própria subsistência, como exemplificado pelo entrevistado Ricardo, e a falta de apoio de familiares, amigos ou cuidadores disponíveis para atender às suas necessidades, especialmente durante o processo de envelhecimento.

Conforme Karsch (2003, p. 134), “a recomendação para que os cuidados aos idosos dependentes sejam desenvolvidos no domicílio está ganhando mais força, muitas vezes de maneira incauta por parte dos profissionais de saúde”. Essa constatação evidencia que, embora o cuidador familiar ocupe papel central nesse contexto, sua atuação, quando marcada pela ausência de suporte e pela sobrecarga, pode intensificar a vulnerabilidade da pessoa idosa. Além disso, o cuidador familiar é, em geral, uma mulher, filha ou esposa, que assume a responsabilidade pela pessoa idosa dependente, muitas vezes sem preparo adequado e com pouca rede de apoio da família ou comunidade (Neri, 2005, p. 87).

Na lógica cultural da sociedade capitalista, o envelhecimento costuma ser acompanhado por uma forma de exclusão social velada, um verdadeiro “apartheid social”. As pessoas idosas, frequentemente empurradas para as margens da vida pública, são vistos como antiquados, ultrapassados, sem utilidade e fora de lugar. Como descrito por Goldman (2007):

Essa contradição é agravada por fatores culturais que idolatram o moderno, o novo, o jovem e ridicularizam o antigo e o velho. Assim, o idoso se depara com problemas de rejeição da auto-imagem e tende a assumir como verdadeiros os valores da sociedade que o marginaliza. Dessa forma a marginalização do idoso se processa socialmente e é, muitas vezes, assumida pelo próprio idoso que, não tendo condições de superar as dificuldades naturais do envelhecimento, se deixa conduzir por padrões preconceituosos que o colocam à margem da sociedade (Goldman, 2007, p. 123).

Diante do exposto, é possível concluir que a violência contra a pessoa idosa é um fenômeno complexo e multifacetado, profundamente enraizado em estruturas sociais desiguais, padrões culturais excludentes e falhas institucionais (Minayo, 2005, p. 15). A predominância dos casos no ambiente familiar, especialmente envolvendo filhos como agressores, evidencia a urgência de políticas públicas eficazes, ações educativas e estratégias de sensibilização que promovam o respeito, a valorização e a proteção das pessoas idosas. Desse modo, combater essa realidade exige o comprometimento conjunto da sociedade, da família e do Estado, a fim de garantir uma velhice digna, segura e respeitada.

3.2 As atribuições das Equipes de Saúde no atendimento à pessoa idosa na UBS Dr. Francisco Tussolini

A pesquisa de campo realizada na UBS Dr. Francisco Tussolini evidenciou desafios significativos no processo de coleta de dados, os quais refletem as barreiras enfrentadas no cotidiano dos serviços de saúde. Entre os principais entraves, destacaram-se as recusas de participação de uma nutricionista, uma enfermeira e uma assistente social, justificadas pela indisponibilidade de tempo, pela inserção recente na unidade e pela dificuldade de compatibilizar agendas para a realização das entrevistas. Esses fatores ilustram as limitações organizacionais, temporais e institucionais que podem restringir o acesso aos sujeitos da pesquisa e a informações pertinentes.

A atenção à saúde da pessoa idosa representa um dos pilares fundamentais da atuação das equipes em unidades de saúde. Na UBS Dr. Francisco Tussolini, esse cuidado é orientado por princípios da atenção integral, humanizada e multidisciplinar, buscando promover qualidade de vida, autonomia e bem-estar para essa população. Sendo assim, as atribuições das equipes envolvem desde ações preventivas e educativas até o acompanhamento contínuo de condições crônicas, sempre respeitando as especificidades do envelhecimento e fortalecendo o vínculo com a comunidade.

A unidade de saúde oferece atenção e cuidados centrados na saúde ao longo das diferentes fases da vida, contemplando grupos como crianças, adolescentes, homens, mulheres e pessoas idosas, por meio de uma organização que abrange os primeiros atendimentos às urgências e emergências, atendimentos agendados e programados. A assistência multiprofissional é garantida por uma equipe composta por médicos, enfermeiros, técnico em enfermagem, odontólogo, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico e assistente social, promovendo uma abordagem integral e interdisciplinar no cuidado em saúde.

Além disso, a UBS atua em áreas estratégicas e transversais como saúde da gestante, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, atenção às doenças crônicas (diabetes, hipertensão e outras), acompanhamento de doenças infecciosas e parasitárias, e as condicionalidades do programas como Bolsa Família, Saúde na Escola e Programa da Pessoa Idosa. Destaca-se que essas ações ampliam o alcance da atenção básica e fortalecem a prevenção, e o cuidado contínuo da população assistida pela unidade de saúde.

O quadro a seguir apresenta os profissionais da UBS que participaram da entrevista, detalhando o perfil de cada um com base nos seguintes critérios: idade, sexo, profissão, tempo de atuação na área da saúde e na UBS em questão, ano de formação profissional e existência de formação complementar nas áreas de envelhecimento ou violência.

Quadro 8 - Profissionais Entrevistados da UBS Dr. Francisco Tussolini

Idade	Sexo	Profissão	Tempo na Saúde	Tempo na UBS União	Ano de Formação	Formação em Envelhecimento/Violência
43	M	ACS 01	10 anos	5 anos	2007	Não
51	M	ACS 02	25 anos	5 anos	2000	Não
56	F	Técnica de Enfermagem 01	26 anos	6 anos	2003	Não
37	F	Técnica de Enfermagem 02	4 anos	4 anos	2016	Não
49	F	Assistente Social (Diretora da UBS)	9 meses	9 meses	2014	Não
40	F	Enfermeira	15 anos	6 anos	2009	Não

Fonte: Pesquisa de campo, 2025.

O Quadro 8 apresenta o perfil dos profissionais da unidade de saúde entrevistados durante a pesquisa de campo realizada em outubro de 2025. A amostra é composta por seis trabalhadores da área da saúde, incluindo agentes comunitários de saúde, técnicas de enfermagem, uma assistente social e uma enfermeira. Os participantes têm idades entre 37 e 56 anos, com tempo de atuação na área que varia de 9 meses a 26 anos em unidades de saúde.

Com base nos relatos dos profissionais da UBS, é possível observar uma diversidade de tempos de atuação com ações voltadas à saúde da pessoa idosa, que variam de 9 meses a 6 anos. A partir das respostas dos profissionais sobre experiências anteriores com pessoas idosas em outras unidades de saúde, observa-se que a maioria já teve atuação prévia nesse campo, especialmente em instituições públicas. Dessa maneira, isso indica uma bagagem

profissional relevante que pode contribuir para a qualidade do atendimento das pessoas idosas no território, evidencia-se a fala da Técnica de Enfermagem 01 (56 anos), quando foi perguntada a seguinte questão “Já teve atuação com pessoas idosas em outras unidades de saúde, públicas ou privadas?”:

“Já, já trabalhei em outras unidades de saúde, também trabalhamos com idosos, sempre a gente está ali nós cuidados né? Que abrange todas essas faixas etárias, é criança, é idoso, adolescente, diabéticos e hipertensos, puérperas, é todo uma gama que envolve todo mundo. Eles, claro, eles são prioridades para a gente, porque é um cuidado especial né, é diferenciado”. (Técnica de Enfermagem 01, 56 anos)

Apesar da diversidade de funções e experiências, um dado relevante é a ausência de formação específica em envelhecimento e violência contra a pessoa idosa entre todos os entrevistados da pesquisa. Essa lacuna formativa é preocupante, considerando o aumento da população idosa e a complexidade das demandas que envolvem o cuidado, a proteção e a garantia de direitos desse grupo. A análise desses dados permite refletir sobre os desafios da qualificação profissional no contexto da atenção básica, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades sociais e culturais. Destaca-se que a ausência de capacitação específica pode comprometer a identificação de situações de risco, a escuta qualificada e o encaminhamento adequado de casos de violência ou negligência contra as pessoas idosas.

Nesse contexto, cabe sinalizar o que está descrito na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006), especificamente no que diz respeito a sua finalidade: de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidas pelo SUS, ainda considerando as seguintes questões:

- a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;
- b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;
- c) o conhecimento atual da Ciência;
- d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;
- e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;
- f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e
- g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso; (Brasil, 2006).

Diante do acelerado processo de envelhecimento populacional brasileiro, torna-se urgente que as equipes de saúde da atenção primária estejam preparadas para lidar com as

especificidades da velhice. No entanto, observa-se uma lacuna preocupante na formação dos profissionais que atuam nas UBS, especialmente no que diz respeito à geriatria e à gerontologia. Essa ausência de especialização pode comprometer a qualidade da atenção oferecida as pessoas idosas, que frequentemente enfrentam múltiplos fatores sociais, os quais perpassam a questão da saúde. Verifica-se, ainda, que o Relatório Anual de Gestão referente ao ano de 2024 de Parintins não registra a oferta de cursos ou ações de capacitação voltadas à educação permanente na área do envelhecimento por parte da SEMSA.

Nessa perspectiva, é fundamental investir na preparação e formação de profissionais capacitados para atuar na gestão do envelhecimento e da velhice, com bases pautadas na geriatria e gerontologia. Essa qualificação é essencial não apenas para a área da saúde, mas também para a assistência social, garantindo respostas mais integradas e eficazes às demandas complexas dessa fase da vida (Melo; Lima-Silva; Cachioni, 2015, p. 139).

Dito isto, é imperativo que as equipes de saúde da atenção primária estejam devidamente capacitadas para atender às complexas demandas da população idosa, pois, conforme o PNSI afirma, “os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens” (Brasil, 2006).

Desse modo, as ações de prevenção sejam na atenção primária, secundária e terciária, precisam estar integradas à atenção à saúde de forma contínua, garantindo qualidade de vida e bem-estar em todas as idades, principalmente em um cenário de crescentes violações de direitos das pessoas idosas. Como bem destaca Grossi e Guilamelon (2006):

A estrutura dos serviços de saúde vem sofrendo constantes mudanças no processo de gerir a atenção aos usuários. Um dos recursos disponíveis no eixo da atenção primária à saúde (APS) é a intersetorialidade, cuja potência confere aos profissionais da saúde novas possibilidades de prestar uma assistência mais integral e de forma resolutiva, incrementando novas visões paradigmáticas a esses profissionais. A promoção da saúde, centrada na qualidade de vida, passa, assim, a ser desenvolvida com a centralidade no usuário e no seu envolvimento ativo num processo de educação em saúde para o autocuidado.

Outro ponto importante das entrevistas diz respeito à atuação dos profissionais quanto à prevenção ou identificação da violência contra pessoas idosas. Ressalta-se que as respostas dos profissionais da UBS sobre as ações relacionadas à prevenção e identificação da violência contra pessoas idosas, revelam uma atuação voltada principalmente para a orientação, educação em saúde e encaminhamento de casos suspeitos. Cabe mencionar a fala da Enfermeira (40 anos) a respeito dessa questão:

“Ah, a gente faz a questão da educação em saúde, monitoramentos, visitas domiciliares, a questão do autocuidado, é diariamente isso na verdade, porque

quando a gente identifica né, aí tem que tomar as providências”. (Enfermeira, 40 anos)

Embora nem todos os profissionais relatem contato direto com situações de violência, há um esforço coletivo para promover a sensibilização e garantir proteção às pessoas idosas. Como destacado no quadro a seguir:

Quadro 9 - Atividades de Prevenção relacionadas à Violência Contra à Pessoa Idosa

Profissionais	Atividades
Agente Comunitários de Saúde (1 e 2)	Orientações gerais na área; experiência anterior com grupo de idosos e cuidadores em outra unidade; Atuação voltada à orientação e prevenção.
Técnica de Enfermagem (1 e 2)	Realização de palestras educativas e campanhas de conscientização para todas as faixas etárias, incluindo pessoas idosas; identificação de casos em visitas domiciliares; encaminhamento à assistente social para intervenção.
Enfermeira	Educação em saúde, visitas domiciliares, monitoramento e encaminhamento de casos identificados.
Diretora da UBS	Acompanhamento das ações da equipe; não atua diretamente na prevenção ou identificação.

Fonte: Pesquisa de campo, 2025.

Pode-se afirmar que as respostas dos profissionais da UBS União evidenciam um esforço coletivo voltado à prevenção, orientação e encaminhamento de casos suspeitos de violência contra pessoas idosas. Embora nem todos relatem contato direto com situações de violência, destaca-se a atuação dos ACS com foco em ações de orientação e prevenção, das técnicas de enfermagem por meio de palestras e visitas domiciliares, e da enfermeira, com monitoramento contínuo, educação em saúde, visitas domiciliares e ao autocuidado. Dessa forma, “pensar em saúde da pessoa idosa implica um contexto de atuação de vários profissionais, ou seja, uma atuação multiprofissional” (Brasil, 2023).

Dito isto, um dos requisitos para os atendimentos é que o acesso à atenção especializada ocorra mediante encaminhamento por profissionais da atenção primária. Com isso, esse nível de atenção assume o papel de porta de entrada preferencial ao Sistema de Saúde, funcionando como ponto inicial do cuidado e filtro para os demais níveis. “O vínculo se estabelece na relação equipe de saúde-usuário, construída ao longo do tempo com base na confiança do usuário nos profissionais e na responsabilização da equipe pelo cuidado e promoção da saúde dos usuários” (Giovanella; Mendonça, 2012, p. 503).

Quando foi perguntado aos profissionais participantes da pesquisa, a respeito da questão “Como você avalia sua atuação profissional como _____ no cuidado com pessoas idosas em situação de vulnerabilidade ou violência?”.

“Eu acho que assim, que a gente nas orientações e prevenções que a gente faz, a gente tem um bom respaldo, na área que eu trabalho, não existe muito esse tipo de violência, por causa das pessoas que eu trabalho eles tratam bem, até hoje ainda não encontrei violência contra o idoso, na minha área” “a minha área rua 4, Bairro da União”. (ACS 01, 43 anos)

“A vulnerabilidade é o que mais tem, tanto a vulnerabilidade quanto a violência, fazemos mais a orientação, orientações com a família. Muitas vezes, na nossa área encontramos casos que é uma filha ou um filho que cuida, aí o idoso tem vários filhos, mas acredito que para não ter o conflito familiar, o idoso guarda tua para si, aí que entra a questão do serviço social, para ver como vai ficar essa situação”. (Técnica de Enfermagem 02, 37 anos)

Dessa maneira, as avaliações dos profissionais da UBS sobre sua atuação no cuidado com pessoas idosas em situação de vulnerabilidade ou violência revelam percepções distintas, que vão desde a confiança na efetividade do trabalho até reflexões críticas sobre os desafios enfrentados. A maioria dos profissionais demonstra segurança em suas práticas, especialmente no que diz respeito à prevenção e orientação, enquanto outros apontam limitações estruturais e sociais que dificultam uma atuação mais eficaz.

A fala da diretora da UBS adota uma postura reflexiva, avaliando a atuação como “boa” ou “razoável”. Ela reconhece que há falhas na articulação da rede de proteção e dificuldades de comunicação entre os serviços parceiros, o que compromete a efetividade das ações. *“Nós avaliamos boa, eu não coloco nem ótima ainda não, porque às vezes cometemos muitas falhas ainda. No caso, estamos com uma idosa, em que falamos que a rede funciona, mas muitas das vezes a rede não funciona não [...]”*. Desse modo, para ela, é necessário um olhar mais atento e integrado para a realidade das pessoas idosas.

Nesse contexto, a coordenação do cuidado exige a troca de informações sobre os problemas de saúde dos usuários e os serviços já prestados, de forma a garantir uma sequência contínua de ações e assegurar a continuidade da atenção. Sendo assim, a coordenação do cuidado é essencial para o processo de envelhecimento, conforme apontam as autoras Giovanella e Mendonça (2012, p. 504).

A coordenação dos cuidados torna-se cada vez mais indispensável em razão do envelhecimento populacional, das mudanças no perfil epidemiológico, que evidencia crescente prevalência de doenças crônicas, e da diversificação tecnológica nas práticas assistenciais. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência entre as unidades de saúde, pois tais pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, o que demanda a coordenação entre serviços, função que deve ser exercida pela equipe de atenção primária à saúde.

Ainda com base nas autoras para a atenção primária resolver 80% dos problemas de saúde de uma população, é fundamental articular três funções básicas desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, que são o acolhimento e atenção à demanda e busca ativa com avaliação de riscos e de vulnerabilidades de usuários, famílias e comunidades.

No que se refere à percepção da equipe de saúde acerca da família, observa-se que esta desempenha um papel central no cuidado da pessoa idosa. Contudo, evidencia-se que, em grande parte dos casos, os próprios familiares figuram como os principais agentes das violações de direitos que acometem esse grupo vulnerável. Pode-se citar, nesse contexto, a fala da profissional técnica de enfermagem 01, que afirma:

“A família é fundamental, porque de lá que a gente observa muitos dos casos, pois com as visitas e os acompanhamentos, a gente identifica muito o abandono, a falta de caso, a falta de responsabilidades e de cuidados inclusive [...]”. (Técnica de Enfermagem 01, 56 anos)

Essa percepção é corroborada pela diretora da unidade de saúde, que reforça a centralidade da família no cuidado à pessoa idosa, ao mesmo tempo em que reconhece sua ambivalência: *“Sim, a família é o principal suporte no cuidado da pessoa idosa, mesmo que muitas vezes a própria família provoca as violações.”* Destaca-se ainda o que a enfermeira apontou: *“Com certeza, e a maioria dos problemas são relacionados ao abandono né”*, referindo-se ao abandono familiar, reforçando a necessidade de vigilância constante e atuação preventiva por parte da equipe multiprofissional.

Tal constatação dialoga diretamente com o que está previsto na Constituição Federal, em seu Artigo 229, que estabelece: *“Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”* (Brasil, 1988). Sendo assim, esse dispositivo legal evidencia a responsabilidade intergeracional e a importância da corresponsabilidade familiar no cuidado e na proteção da pessoa idosa.

Nesse contexto, a autora Karsch (2003, p. 865) ressalta que:

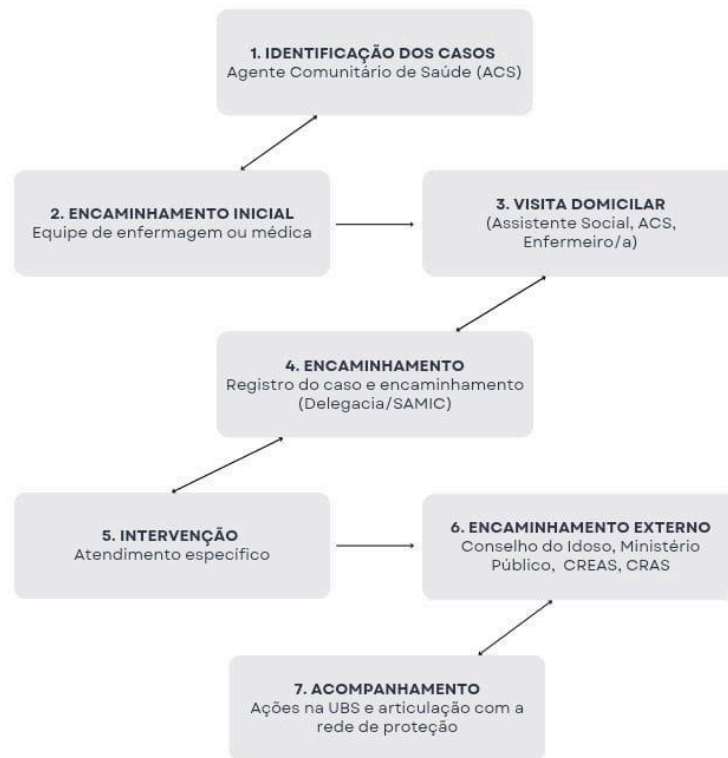
Pode-se inferir, portanto, que o envelhecimento em dependência e a figura do cuidador estão a exigir novas formas de assistência e novos enfoques por parte das políticas públicas de saúde. Além do que, o próprio envelhecimento da população brasileira está se dando num momento de profunda desordem econômica, deixando, com certeza, a população de baixa renda mais desamparada e carente, demandando posturas de apoios compensatórios a essa realidade. Está se configurando um severo e crítico quadro de exclusão social do idoso, tanto mais grave, quando esse idoso perder a sua capacidade funcional.

Esses relatos mostram que, embora a família seja vista como essencial no cuidado com a pessoa idosa, há uma tensão entre o papel esperado e a realidade vivida, marcada por conflitos, omissões e sobrecargas. Desse modo, a atuação dos profissionais da UBS, especialmente por meio de visitas domiciliares, educação em saúde e articulação com a rede de proteção, é fundamental para identificar vulnerabilidades e garantir os direitos das pessoas idosas, pois a assistência social às pessoas idosas é prestada de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica de Assistência Social, na Política Nacional da Pessoa Idosa, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes a proteção da pessoa idosa (Brasil, 2003).

Dessa forma, esta função da atenção primária é crucial, pois ela se constitui como a principal porta de entrada do SUS, e isto implica disposição e organização da equipe para acolher em diferentes momentos e horários a variedade de demandas. A UBS União funciona em horário expandido, das 07h00 às 11h00 e das 13h00 às 21h00, o que demanda avaliar os riscos implicados e garantir atenção oportuna com a máxima capacidade de resolver problemas. Ao mesmo tempo, por meio de visitas domiciliares e análise das condições de saúde da comunidade, vincular pessoas, famílias e comunidade às equipes de Saúde da Família (eSF).

No que se refere ao fluxo de atendimento adotado pela equipe de saúde diante de casos suspeitos ou confirmados de violência contra pessoas idosas, os profissionais relataram que este se desenvolve conforme ilustrado no fluxograma a seguir.

Figura 10 – Fluxo de atendimentos em casos de violência contra pessoas idosas



Fonte: Pesquisa de Campo, 2025.

Os relatos dos profissionais da UBS revelam que a atuação conjunta entre diferentes membros da equipe e parceiros externos é uma prática recorrente e essencial no enfrentamento à violência contra pessoas idosas. Essa colaboração ocorre em diversos momentos, desde a identificação inicial até o encaminhamento para órgãos competentes, e envolve uma rede de apoio que inclui a UBS, CRAS, CREAS, conselhos e, em casos mais graves, o Ministério Público e a delegacia. A diretora da UBS detalha o funcionamento da rede de proteção, destacando a parceria com a Estação Cidadania, CRAS e CREAS. Ela explica que, diante de violações, a equipe elabora relatórios, monitora os casos e, quando necessário, aciona a delegacia. Sua fala também revela os desafios enfrentados, como a resistência das pessoas idosas em permitir o acesso da equipe de saúde, muitas vezes por medo ou influência de familiares.

Outro relato importante, é o da enfermeira, que compartilha experiências concretas, como o caso de uma pessoa idosa abandonada pela família e outro em que havia suspeita de maus-tratos físicos. Ela ressalta que, mesmo quando há indícios claros, a falta de confirmação por parte do indivíduo pode impedir ações legais, o que exige monitoramento contínuo e sensibilidade para lidar com o medo e a proteção emocional que as pessoas idosas têm em relação aos familiares. Como afirma Faleiros (2007, p. 115)

A relação intrafamiliar se articula às relações sociais. A família não está separada da sociedade, a família sobrevive e vive em condições sociais determinadas de produção, cultura, distribuição de riqueza e de acesso a oportunidades e políticas. Assim, a violência intrafamiliar é um processo complexo de interseção e combinação de dinâmicas e da estrutura familiar com a dinâmica e a estrutura social, haja vista, por exemplo, a violência social do tráfico, do consumismo e da discriminação presentes nas relações familiares.

Nesse contexto, em relação a questão “Como a equipe de saúde aborda questões como negligência, abuso psicológico, físico ou financeiro nas ações de atenção à pessoa idosa?”. Percebe-se que a equipe de saúde atua com atenção, empatia e responsabilidade diante das diversas formas de violência contra pessoas idosas. Sendo assim, a abordagem é feita por meio de observação, escuta ativa, articulação com a rede de apoio e encaminhamentos formais, sempre buscando proteger os indivíduos vulneráveis e garantir seus direitos. Como evidenciado na fala da Diretora da UBS:

“Nessas situações, verificamos as estratégias que podem ser tomadas, como acionar as autoridades competentes, como o ministério público, a delegacia, o CRAS, CREAS, porque trabalhamos com uma rede de proteção e se os casos são mais graves precisamos agir o mais rápido possível para proteger nossos idosos”.
(Diretora da UBS, 49 anos)

Nas instituições voltadas à assistência social e à saúde, as denúncias de maus-tratos e negligência são recorrentes, como evidenciado nos relatos dos profissionais da equipe de saúde. Evidencia-se que, no município de Parintins, até o mês de novembro de 2024, foram registrados 30 protocolos de denúncia, 49 denúncias formalizadas e 341 violações de direitos de pessoas idosas, conforme dados disponibilizados pelo ONDH (Brasil, 2025). No entanto, os casos mais graves costumam ocorrer dentro dos próprios lares, onde o convívio entre diferentes gerações, a limitação de espaço físico e as dificuldades econômicas se entrelaçam a uma visão social que ainda associa a velhice à ideia de decadência (Minayo e Coimbra Jr., 2002).

As falas dos profissionais da UBS União revelam uma série de desafios enfrentados no desenvolvimento das ações de atenção à violência contra a pessoa idosa. Esses desafios envolvem aspectos estruturais, familiares, sociais e institucionais, refletindo a complexidade do cuidado com essa população em situação de vulnerabilidade. Um ponto a ser destacado, é a relevância da/o profissional de serviço social, pois todos os profissionais destacaram o papel da profissional nos casos atendidos pela UBS.

Cabe destacar a contribuição apontada por Gonçalves (2013, p. 95), ao afirmar que os assistentes sociais desempenham um papel fundamental no processo de democratização das

ações e dos serviços de saúde. Segundo a autora, quando esses profissionais adotam uma postura investigativa em sua prática cotidiana, tornam-se capazes de formular estratégias de intervenção que fortalecem e qualificam os serviços de saúde no país.

Os principais desafios apontados dizem respeito à negligência e à responsabilização familiar. A Técnica de Enfermagem 01 e a enfermeira destacam que muitos familiares não assumem o cuidado com a pessoa idosa, mesmo quando são financeiramente beneficiados por eles. A negligência, muitas vezes, vem acompanhada de resistência e até agressividade por parte dos responsáveis, o que dificulta a intervenção da equipe de saúde. Desse modo, a responsabilização legal, por meio do Ministério Público, é vista como uma medida necessária, embora nem sempre suficiente para garantir mudanças efetivas, observa-se também que a UBS não utiliza a ficha de notificação, sendo um desafio registrar o quantitativo de violações atendidas pela unidade.

A fragilidade dos vínculos familiares também é um ponto crítico. A Técnica de Enfermagem 02 e a Enfermeira relatam que, frequentemente, o cuidado recai sobre apenas um membro da família, geralmente uma filha, enquanto os demais se ausentam. A enfermeira compartilha um caso emblemático em que a idosa preferia permanecer com o filho que a maltratava, por medo de ficar sozinha ou perder o lar. Isso evidencia o dilema entre garantir a segurança da pessoa idosa e respeitar sua autonomia e vínculos afetivos, mesmo que frágeis ou prejudiciais.

Do ponto de vista estrutural, a diretora da UBS aponta a falta de espaço físico adequado para acolher e socializar as pessoas idosas como um desafio importante. A ausência de um ambiente próprio para atividades coletivas limita as ações de valorização e integração, especialmente em uma área marcada por exclusão social e geográfica. A dependência de espaços externos, como a Estação Cidadania, compromete a autonomia da unidade e a continuidade das ações.

Em síntese, os principais casos e desafios relacionados à proteção da pessoa idosa envolvem: a negligência e omissão por parte da família, frequentemente motivadas por interesses financeiros; a dificuldade de responsabilização legal diante da resistência dos próprios familiares; os conflitos entre o respeito à autonomia do idoso e a necessidade de garantir sua proteção; a carência de estrutura física adequada para promover ações coletivas e oportunidades de socialização; e, por fim, as limitações das instituições, que exigem maior articulação com a rede de proteção social para assegurar uma resposta eficaz e integrada.

Como ressaltam as autoras Grossi e Guilamelon (2006, p. 4):

O conceito de saúde numa visão mais plena, incorpora questões pertinentes à qualidade de vida, qualidade ambiental, nutrição, saneamento, prevenção, etc. Assim, para melhor atender a saúde do idoso, urge a necessidade de uma nova articulação, combinada à atenção primária de saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. As necessidades dos grupos de idosos passam a ser articuladas na busca de soluções intersetoriais, fato que remonta a entender a população como sujeito e não como objeto de intervenção; ampliando os direitos dos cidadãos a uma vida com melhor qualidade.

Desse modo, diante dos dados da pesquisa com profissionais da APS, torna-se evidente o papel estratégico que esses trabalhadores desempenham na identificação e na prevenção da violência contra a pessoa idosa. Sua proximidade com a comunidade, aliada ao vínculo estabelecido com as famílias, permite uma escuta qualificada e uma observação atenta de sinais muitas vezes sutis de negligência, abuso ou maus-tratos. No entanto, para que essa atuação seja efetiva, é imprescindível investir na formação contínua, no fortalecimento das redes intersetoriais e na criação de fluxos de atendimento que garantam respostas rápidas e humanizadas. Assim, os profissionais da atenção básica se consolidam como agentes fundamentais na promoção de uma velhice digna, segura e saudável.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde da pessoa idosa constitui um dos maiores fenômenos contemporâneos, sobretudo em sociedades que vivenciaram um acelerado processo de envelhecimento populacional. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e principal estratégia para garantir o acesso universal, integral e contínuo aos serviços de saúde (Brasil, 2017). Nesse cenário, a APS assume papel fundamental não apenas na promoção da saúde e prevenção de doenças, mas também na proteção social, especialmente diante de situações de vulnerabilidade como a violência contra pessoas idosas.

Segundo Giovanella (2012), a Atenção Primária à Saúde constitui o primeiro nível de atenção em uma rede hierarquizada, organizada em complexidade crescente, e tem como base o trabalho das equipes multiprofissionais. Essas equipes não apenas realizam atendimentos clínicos, mas também desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento contínuo dos usuários, fortalecendo vínculos comunitários e garantindo maior resolutividade dos serviços.

No âmbito da atenção básica, a atuação integrada de médicos, enfermeiros, agentes comunitários e outros profissionais é essencial para identificar vulnerabilidades, acompanhar grupos prioritários como pessoas idosas, além de articular estratégias de proteção social. Destaca-se que o modelo de atenção centrado na APS coloca o usuário-cidadão no centro do sistema, e as equipes de saúde são o elo que transforma esse princípio em prática cotidiana, aproximando o cuidado das necessidades reais da população (Giovanella, 2012).

A violência contra a população idosa é uma realidade complexa e multifacetada, que se manifesta em diferentes formas, sendo elas física, psicológica, financeira, negligência e abandono, e que muitas vezes permanece invisível devido a barreiras culturais, sociais e familiares. Evidencia-se que o enfrentamento dessa problemática exige uma atuação integrada das equipes multiprofissionais de saúde, capazes de identificar sinais precoces, acolher as vítimas e articular redes de apoio comunitário e institucional.

No município de Parintins, localizado no interior do Amazonas, o contexto territorial apresenta especificidades que intensificam os desafios da APS. A distância geográfica em relação aos grandes centros urbanos, as limitações de infraestrutura e a diversidade cultural da região amazônica tornam ainda mais relevante o papel das Unidades Básicas de Saúde como espaços de cuidado e proteção. Nesse ambiente, a violência contra pessoas idosas se revela como uma questão recorrente, exigindo estratégias de prevenção e intervenção que

considerem as particularidades locais e fortaleçam os vínculos comunitários. Assim, discutir a relação entre saúde e violência contra pessoas idosas em Parintins significa reconhecer a importância da APS como instrumento de garantia de direitos, de promoção da dignidade e de enfrentamento das desigualdades que afetam essa população.

Nesta perspectiva, a atuação das equipes da UBS Dr. Francisco Tussolini revela-se essencial para o fortalecimento da APS no município de Parintins, principalmente no seu território de abrangência, que engloba os bairros da União, Castanhal e Teixeira. Por meio da integração entre médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais e demais profissionais, a unidade tem conseguido ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, promovendo acolhimento, prevenção e cuidado contínuo da população idosa, dentro de suas limitações.

A presença das equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e da equipe multiprofissional (e-Multi) reforça a importância da prática interprofissional, que possibilita maior resolutividade e aproximação com as necessidades reais da comunidade. Apesar dos desafios estruturais e sociais que permeiam o território, a UBS União se consolida como um espaço estratégico de proteção e promoção da saúde, evidenciando o compromisso das equipes em garantir integralidade e dignidade no cuidado à população.

A percepção dos profissionais de saúde e das pessoas idosas entrevistadas mostrou-se fundamental para compreender o papel da atenção primária na identificação e prevenção dos casos de violência contra a população idosa. Contudo, evidenciou-se a necessidade de uma visão mais sensível e humanizada para esse grupo, com melhorias no atendimento e maior investimento na capacitação de profissionais voltados para área do envelhecimento.

Desse modo, o estudo destacou a complexidade de se envelhecer em um contexto tão singular como a Amazônia e, em especial, em Parintins, onde o processo de envelhecimento é atravessado por questões de classe social, gênero, etnia e raça, além do acesso limitado a políticas públicas, moradia, saúde e segurança (Teixeira, 2008). Essa realidade torna ainda mais desafiador o enfrentamento da violência, sobretudo em áreas de ocupação onde há apenas um equipamento público de saúde responsável por atender uma vasta população, revelando a urgência de fortalecer a atenção primária e ampliar a rede de proteção social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. de et al. **Política Nacional de Atenção Básica no Brasil**: uma análise do processo de revisão (2015–2017). Rev. Panam Salud Publica, n. 42, 2018.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Manaus: SES-AM, 2020. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/planos-e-relatorios/>. Acesso em: 01 jun. 2025.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3. Ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Tradução: Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAGA, José C.S.; PAULA, Sergio G. **Saúde e previdência, estudos de política social**. São Paulo: Hucitec. 1986.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Portal da Legislação, 2003.

BRASIL. **Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 janeiro de 1994.

BRASIL. **Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080/90**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de prevenção de quedas**. Brasília, DF: Anvisa, 2010. Disponível em: [Protocolo de Prevenção de Quedas](#). Acesso em: 09 jun. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Amazonas: 34 municípios do estado dependem exclusivamente do SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude-lanca-camara-pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/amazonas/2023/marco/amazonas-34-municipios-do-estado-dependem-exclusivamente-do-sus>. Acesso em: 02 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde realiza pesquisa para aprimorar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Governo Federal, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/ministerio-da-saude-realiza-pesquisa-para-aprimorar-a-politica-nacional-de-saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica n. 3/2020-DESF/SAPS/MS**. 2020 [citado 28 maio 2020]. Disponível: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_NASF_AB_Previne_Brasil.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 22 maio de 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 05 jun. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia de cuidados para a pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde – SUS**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>>. Acesso em: 23 maio 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Painel de Dados ONDH 2025**. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados/2025>. Acesso em: 04 out. 2025.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa: é possível prevenir. É necessário superar**. Brasília: SDH, 2014.

BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete et alli (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009, pp. 1-24

BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BUSS, Paulo Marchirori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CANTO, F. S; HAURADOU, G. R. **O serviço social em tempos de novo coronavírus: um relato do cotidiano na Atenção Primária à Saúde – APS**, Mon, in *Journal of Management & Primary Health Care*, 04 Jan 2021.

CASTRO, A. M. de. **A assistência à saúde pública de idosos negros: um estudo em uma comunidade quilombola**. Dissertação. João Pessoa: UFPB/CCHLA, 2023.

CAVALCANTE, Maria das Graças P. H. & SAAD, Paulo M. "Considerações Preliminares e Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento". In: **O Idoso na Grande São Paulo**, SEADE, Col. Realidade Paulista, junho, 1990, pp. 181-186.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Espaço Urbano**. 4.ed. Ática: São Paulo, 2003.

CONTERATO, Marcelo. **Fome, pobreza e (in)segurança alimentar: entendimentos, situação atual e possibilidades de enfrentamento**. Porto Alegre: UFRGS, 2024.

CHAUÍ, Marilena. **Sobre a Violência**. 1 ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2019.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 621-630, 2003.

FALEIROS, Vicente de Paula. Serviço Social: Questões Presentes para o Futuro. In: **Serviço Social & Sociedade**, no 50, ano XVII, abril/96, pp. 9-39.

FALEIROS, Vicente de Paula; BRITO, Denise Orbage de. Representações da violência intrafamiliar por idosas e idosos. **Ser Social**, Brasília, n. 21, p. 105–142, jul./dez. 2007.

FERNANDES, Maria Teresinha de O.; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494–1502, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6DXDrLCthSrj5r9V7KHm5Nq/?format=html>. Acesso em: 28 ago. 2025.

FONSECA, C., M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Disponível em: <https://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 21 maio 2025.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. de O. da. **Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1225, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/j77vcsPR76Hxb6zjPzD9bHS/>. Acesso em: 01 jun. 2025.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493–545.

GOLDMAN, S.N. Proteção social e velhice: um desafio para o serviço social. In SOUZA, Nádia Regina Oliveira Queiroz de et al. **Política de Assistência Social no Brasil: desafios para o assistente social**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Public Editora, 2007.

GROSSI, Patrícia k; GUILAMELON, Lucimari F; Intersetorialidade na política de saúde do idoso. **Revista Virtual textos e contextos**. Nº. 6, dez. 2006.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **A questão social no capitalismo**. IN: Praia Vermelha, UFRJ. no8.Primeiro Semestre, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2022**: número de idosos na população do país cresceu 57,4% em 12 anos. Disponível em: [Censo: número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos — Secretaria de Comunicação Social](#). Acesso em: 09 jun. 2025

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Parintins (AM)** – Pesquisa 10102/122229. Disponível em: [Parintins \(AM\) | Cidades e Estados | IBGE](#). Acesso em: 05 jun. 2025

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (IBGE, 2019). **Longevidade**: viver bem e cada vez mais. Retratos: a Revista do IBGE, 16. (fev. 2019). Recuperado em 01 março, 2019, de: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2929/rri_2019_n16_fev.pdf.

JUNQUEIRA, V.; CASTRO, I. E. do N. **As Normas Operacionais e a construção do SUS**. BIS, n. 28, dez. 2002.

KARSCH, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio/jun. 2003.

KARSCH, Úrsula M. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Revista Kairós – Gerontologia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 135-154, 2003.

LEÃO, Alice Alves Menezes Ponce de. **Serviço social e velhice**: perspectivas do trabalho do assistente social na articulação entre as políticas de saúde e assistência social em Manaus. Manaus: UFAM, 2012.

MACHADO. J. A. **Pacto de gestão na saúde**: Até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa?”. Revista brasileira de ciências sociais – VOL. 24 Nº 71 outubro/2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATOS, M. C. **Serviço social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MENDES, E. V. **A Rede de atenção à saúde**, Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de MG, 2009.

MELO, Ruth Caldeira de; LIMA-SILVA, Thaís Bento; CACHIONI, Meire. Desafios da formação em Gerontologia. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. esp. 19, p. 123-147, 2015. Temático: Envelhecimento Ativo e Velhice. ISSN 2176-901X.

MINAYO, M. C. de S. **Violência contra idosos**: o avesso do respeito à experiência e a sabedoria. 2. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

MINAYO, M. C. de S. Visão antropológica do envelhecimento humano. In: SESC. **Velhices**: reflexões contemporâneas. São Paulo: Sesc/PUC-SP, 2006.

MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA, Jr. C.E.A. **Entre a liberdade e a dependência (introdução). Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.

MINAYO, M.C.de S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J.Q., eds. **Impactos da Violência na Saúde** [online]. 4. ed. atual. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, p. 19-42. ISBN: 978-65-5708-094-8.

NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011.

NOGUEIRA, Ana Cláudia C.; MONTEIRO, Márcia Valéria de C. Família e atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana (Orgs.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Prefácio de Maria Inês de Souza Bravo. Campinas, SP: Papel Social, 2013. p. 139-163.

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - **Saúde da Pessoa Idosa**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

OLIVEIRA, I. C. **O processo de envelhecimento brasileiro, racismo e gênero: aproximações necessárias**. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social 1, no. 1, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAULA, Luciana G. P. de. A dimensão Investigativa do Exercício Profissional do Assistente Social na Saúde. In: SILVA, Leticia Batista; RAMOS, Adriana (Orgs.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.** Prefácio de Maria Inês de Souza Bravo. Campinas, SP: Papel Social, 2013. p. 85-97.

RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 143–181. ISBN 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 27 set. 2025.

RODRIGUES, N., & RAUTH, J. (2011). Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas, V. L. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 106-110.

ROMERO, D. E.; MAIA, L.; MUZY, J. **Tendência e desigualdade na completude da informação sobre raça/ cor dos óbitos de idosos no Sistema de Informações sobre Mortalidade no Brasil, entre 2000 e 2015.** Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 35, n. 12, 2019.

SANTOS, George Cruz dos. **Ensino de Ciências sob o enfoque da Educação Ambiental: um estudo de conflitos ambientais no Bairro da União em Parintins-AM.** Campina Grande: Realize Editora, v. 1, ed. 4, 2015. ISSN 2316-1086.

SCHRAIBER, Lilia B.; NEMES, B. Maria Inês et. al. Necessidades de saúde e atenção primária. In: **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.** 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2000.

SOUSA, A. M. V. **Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar.** Campinas: Alínea, 2004.

SOUSA, Valmiene F. F.; FERNANDES, Cristiane B. **Cidadania e envelhecimento em Parintins: um enfoque para o programa de atenção integral ao idoso.** 2011. 153 f. Dissertação [Mestrado em Serviço Social] – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011. Disponível em: [TEDE: Cidadania e envelhecimento em Parintins: um enfoque para o programa de atenção integral ao idoso](https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/10000). Acesso em: 05 jun. 2025.

SOUSA, Valmiene F. Farias. **A vivência do envelhecimento empobrecido: uma das manifestações da questão social no município de Parintins-Amazonas.** Universidade Federal do Amazonas, 2011.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade.** Salvador: AATR; 2002.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo, n. 137, p. 1–26,

jan./abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.205>. Acesso em: 29 jul. 2025.

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

TORTOSA, Juan Munoz. **Personas mayores y malos tratos**. Madrid: Pirámide, 2004.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, Renato.; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1929-1936, 2018.

VIANA, L. A. **Sistema e descentralização - A política de saúde no estado de São Paulo nos anos 80**: formações e tensões. [Tese]. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. Campinas-SP, 1994.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, EDUCAÇÃO E ZOOTECNIA DE PARINTINS CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) a participar da pesquisa vinculada ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Violência e Saúde: a importância da atenção primária à saúde na identificação e prevenção da violência contra pessoas idosas no município de Parintins/AM”, sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Adélia Araújo Farias, acadêmica do 8º período de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas – ICSEZ/UFAM, orientada pela Profa. Ma. Josiara Reis Pereira. O estudo tem por objetivo analisar o papel da atenção primária à saúde na identificação e prevenção da violência contra pessoas idosas, tendo como referência a Unidade Básica de Saúde do Bairro da União, em Parintins. Esta pesquisa integra o projeto “PÓS-COVID-19 e as favelas brasileiras: a abordagem multidimensional e interseccional dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no enfrentamento deste epifenômeno e das crises contemporâneas”, coordenado localmente pelo Prof. Dr. Gladson Rosas Hauradou.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista semiestruturadas em local e data marcados de acordo com a sua disponibilidade de horário, no entanto, na realização desta com a autorização prévia para o uso de gravador, todavia, se isto representar algum tipo de incômodo, não o utilizaremos, lançando mão da escrita para que as informações sejam registradas na coleta de dados.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são os mínimos possíveis, porém, se em algum momento o (a) senhor (a) se sentir desconfortável, a entrevista será interrompida e, se necessário, lhe encaminharemos ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) de Parintins, localizado na Rua Herberth de Azevedo, 985 – Santa Clara, para atendimento psicológico.

No entanto, se você aceitar participar, contribuirá para os avanços nos estudos sobre a importância da atuação profissional das equipes multiprofissionais no âmbito da atenção primária e na rede de proteção da pessoa idosa, e os resultados desta, representarão um ganho significativo para a categoria profissional e avanços nessa área no campo de conhecimento científico.

Se depois de consentir sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço: Estrada Parintins Macaury – Bairro Jacaracanga; nº1605; pelo telefone: (92) (98465-0412) e pelo e-mail: fariasadelia04@gmail.com.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador(a) quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data: ___/___/___

Assinatura do Pesquisador Responsável

**APÊNDICE B – Formulário para a Equipe Multiprofissional da UBS Dr. Francisco
Tussolini**

PESQUISA: “VIOLÊNCIA E SAÚDE: a importância da atenção primária à saúde na identificação e prevenção da violência contra pessoas idosas no município de Parintins/AM”

Formulário de Pesquisa nº _____

Data: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome: _____

1.2 Sexo: () Feminino () Masculino

1.3 Idade: _____

1.4 Profissão: _____

1.5 Tempo de atuação em unidades de saúde: _____

1.6 Tempo de atuação na UBS União: _____

1.7 Ano de formação: _____

1.8 Tem formação na área do envelhecimento e/ou violência? () Sim () Não

Qual? _____

2. ATUAÇÃO NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS

2.1 Há quanto tempo você atua com ações voltadas à saúde da pessoa idosa na UBS União?

2.2 Já teve atuação com pessoas idosas em outras unidades de saúde, públicas ou privadas?

2.3 Como profissional _____, que tipo de trabalho ou atividade você desenvolve relacionado à prevenção ou identificação da violência contra pessoas idosas?

2.4 Como você avalia sua atuação profissional como _____ no cuidado com pessoas idosas em situação de vulnerabilidade ou violência?

2.5 Na sua intervenção como _____, você percebe a relação da família como (principal responsável) no processo de cuidado e/ou atenção a pessoa idosa?

3. EQUIPE DE SAÚDE

3.1 Como é realizado o fluxo de atendimento da equipe de saúde em casos suspeitos ou confirmados de violência contra pessoas idosas?

3.2 Em que momentos você atuou em conjunto com outros profissionais para discutir, encaminhar ou solucionar demandas relacionadas à violência contra pessoas idosas?

3.3 Na sua opinião, qual a importância da sua profissão e das demais da equipe multiprofissional para o enfrentamento da violência contra pessoas idosas?

3.4 Como a equipe de saúde aborda questões como negligência, abuso psicológico, físico ou financeiro nas ações de atenção à pessoa idosa?

3.5 Como você avalia as ações de prevenção e enfrentamento da violência contra pessoas idosas na sua Unidade de Saúde? Quais são os limites e possibilidades?

3.6 Quais os desafios encontrados no desenvolvimento das ações de atenção a violência à pessoa idosa?

**APÊNDICE C – Formulário de Caracterização Socioeconômico e Demográfico das
Pessoas Idosas atendidas na UBS Dr. Francisco Tussolini**

PESQUISA: “VIOLÊNCIA E SAÚDE: a importância da atenção primária à saúde na identificação e prevenção da violência contra pessoas idosas no município de Parintins/AM”

Formulário de Pesquisa nº: _____

Data: _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Nome: _____

DIMENSÃO	PERGUNTA	RESPOSTA
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS (7 questões)	Qual a sua idade?	
	Gênero	1. Masculino 2. Feminino 3. Não binária 4. Outro 5. Não sabe/não responde
	Qual a cor da pele ou raça?	1. Branca 2. Amarela 3. Parda 4. Preta 5. Indígena 6. Não sabe/não responde
	Qual a sua escolaridade?	1. Sem escolaridade 2. Ensino fundamental incompleto 3. Ensino fundamental completo 4. Ensino médio incompleto 5. Ensino médio completo 6. Ensino superior incompleto 7. Ensino superior completo 8. Não sabe/não responde
	Qual seu estado civil?	1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Divorciado/separado 5. Não sabe/não responde
	Vive com cônjuge ou companheiro/a?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não responde
	Você é de algum povo/comunidade tradicional?	1. Sim, qual? [] Indígena [] Quilombola [] Ribeirinho(a) [] Terreiro/comunidade de matriz africana

		<input type="checkbox"/> Cigano <input type="checkbox"/> Pescadores artesanais <input type="checkbox"/> Extrativista <input type="checkbox"/> Benzedeiros 2. Outros 3. Não sabe/não responde
TRABALHO E RENDA (4 questões)	Você trabalha atualmente?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não responde
	Qual a sua renda mensal atual?	1. Sem renda 2. Até ½ salário-mínimo 3. 1 salário-mínimo 4. Acima de 1 e até 2 salários-mínimos 5. Acima de 2 até 4 salários-mínimos 6. Acima de 4 salários-mínimos 7. Não sabe/não responde
	Atualmente, qual a sua principal fonte de renda?	1. Salário 2. Aposentadoria 3. Pensão alimentícia 4. Aluguel ou arrendamento 5. Seguro-desemprego 6. Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS) 6. Bolsa família 7. Outros programas sociais do governo 8. Rendimentos de qualquer aplicação 9. Não sabe/não responde
	Quantas pessoas dependem da sua renda?	
APOIO SOCIAL FORMAL E INFORMAL (3 questões)	Caso precise, você pode contar com alguém próximo a você?	1. Sim quem: _____ 2. Não 3. Não sabe/não responde
	Tem alguma pessoa que cuida de você que é remunerada para isso?	1. Sim, quem: _____ 2. Não 3. Não sabe/não responde
	Tem alguma pessoa que cuida de você que não é remunerada para isso?	1. Sim, quem: _____ 2. Não 3. Não sabe/não responde
CONDIÇÃO GERAL DE SAÚDE (6 questões)	Como avalia seu estado de saúde?	1. Muito Ruim 2. Ruim 3. Regular 4. Boa 5. Muito Boa 6. Não sabe/não responde
	Algum agente comunitário de saúde faz visita a você?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não responde
	Possui alguma doença?	1. Sim, Qual: _____ 2. Não 3. Não sabe/não responde

	Possui alguma deficiência? (Intelectual, física, auditiva, visual ou múltipla)	1. Sim, Qual: _____ 2. Não 3. Não sabe/não responde
	Nos últimos três meses, você deixou de comer ou fez só uma refeição por falta de dinheiro ou por não conseguir preparar comida?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não responde
	Como avalia seu estado de saúde mental?	1. Muito Ruim 2. Ruim 3. Regular 4. Boa 5. Muito Boa 6. Não sabe/não responde
DIREITOS EMERGENTES (3 questões)	Já foi impedido de emitir sua opinião sobre algum assunto ou deixaram de lhe repassar informação do seu interesse?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não responde
	Já foi impedido de tomar as decisões sobre sua vida?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não responde
	Tem dificuldades de acessar o sistema integral de cuidados (saúde, assistência social, segurança, alimentação, água, vestuário e habitação)?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não responde
RELAÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE (4 questões)	Alguma vez já relatou ou vivenciou algo relacionado à violência para algum profissional de saúde?	1. Sim, Qual: _____ 2. Não 3. Não sabe/não responde
	Em algum atendimento da equipe de saúde, já sentiu algum tipo de discriminação ou preconceito por conta da sua idade?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não responde
	A equipe de saúde da UBS União faz visitas em sua residência?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não responde
	Quando faz tratamento de saúde, os profissionais de saúde explicam sobre os riscos e benefícios?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe/não responde
DIREITOS VIGENTES QUE NECESSITAM DE NOVAS INTERPRETAÇÕES (4 questões)	Você já sofreu algum tipo de violência dentro de casa? Se sim, você denunciou e em qual órgão?	1. Sim, Qual? [] Violência física [] Violência sexual [] Violência psicológica [] Violência patrimonial, abuso financeiro ou material [] Discriminação [] Negligência [] Abandono [] Violência institucional

		2.Não sofreu 3.Não sabe/não responde
	Você já sofreu algum tipo de violação fora do ambiente doméstico? Se sim, você denunciou e em qual órgão?	1.Sim, Qual: _____ 2.Não 3.Não sabe/não responde
	Você sabe quais são os órgãos responsáveis por receber denúncias de violência contra pessoas idosas?	1.Sim, Qual: _____ 2.Não 3.Não sabe/não responde
	Você vive em áreas de risco de desastre natural ou áreas violentas?	1.Sim 2.Não 3.Não sabe/não responde

Total de respostas positivas:

ANEXO

Registro Fotográfico da Unidade Básica de Saúde Dr. Francisco Tussolini e *lôcus* da pesquisa:



Fonte: Google Maps. UBS do Bairro da União. Parintins – AM. (2025).