



Universidade de Brasília

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC**

GABRIELLE ALVES DE OLIVEIRA

**O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA:
EXPERIÊNCIA NO CENTRO MULTIPROFISSIONAL DO IDOSO DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (CMI/HUB)**

**BRASÍLIA
2014**

GABRIELLE ALVES DE OLIVEIRA

**O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA:
EXPERIÊNCIA NO CENTRO MULTIPROFISSIONAL DO IDOSO DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (CMI/HUB)**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito para conclusão e obtenção do diploma de Bacharel em Serviço Social, feita sob a orientação da Professora Lucélia Luiz Pereira.

**BRASÍLIA
2014**

GABRIELLE ALVES DE OLIVEIRA

**O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA:
EXPERIÊNCIA NO CENTRO MULTIPROFISSIONAL DO IDOSO DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (CMI/HUB)**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito para conclusão e obtenção do diploma de Bacharel em Serviço Social, feita sob a orientação da Professora Lucélia Luiz Pereira.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

KAREN SANTANA DE ALMEIDA VIEIRA
Membro

PRISCILLA MAIA DE ANDRADE
Membro

LUCÉLIA LUIZ PEREIRA
Orientadora

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1 PROCESSO HISTÓRICO DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL	11
1.1 Envelhecimento populacional: desafios e demandas	11
1.2 A importância dos movimentos sociais e o papel das políticas sociais	17
1.3 O papel das famílias nas políticas de Estado, em contexto neoliberal.....	23
1.4 Discutindo o envelhecimento, a velhice e a terceira idade	27
2 POLÍTICA DE SAÚDE REFERENTE À PESSOA IDOSA NO BRASIL.....	33
2.1 A construção das legislações referente à pessoa idosa	33
2.1.1 A pessoa idosa na Constituição Federal de 1988.....	35
2.2 A importância da Reforma Sanitária para o Sistema Único de Saúde (SUS)...	37
2.3 Modelos hegemônicos de Atenção à Saúde e implementação do SUS.....	43
2.4 Políticas referentes à saúde da pessoa idosa.....	46
2.5 Trabalho multiprofissional, interdisciplinaridade e trabalho em equipe	51
3 POTENCIALIDADES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	54
3.1 Metodologia da pesquisa	54
3.2 O Centro Multiprofissional do Idoso (CMI)	57
3.3 O trabalho multiprofissional no CMI.....	61
3.4 Integralidade: um dos princípios do SUS	64
3.5 Desafios, limites e possibilidades: aspectos analíticos da entrevista.....	68
3.5.1 Capacitação e reciclagem no Serviço Social	68
3.5.2 Competências e atribuições do Serviço Social	69
3.5.2.1 O incentivo à participação e controle social.....	74
3.5.3 Aprender a cuidar: uma demanda subjetiva	77
3.5.4 O limite institucional e a centralidade da família na responsabilização pelos cuidados da pessoa idosa.	78
3.5.5 Envelhecimento populacional brasileiro: um desafio profissional.....	80
CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS.....	87

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, por me dar a oportunidade de viver e a capacidade de pensar, aprender, criar e transformar.

À minha família, que em qualquer situação sempre está ao meu lado para apoiar e ajudar. Eu amo vocês.

À professora e orientadora Lucélia Luiz Pereira, pela paciência, disposição e excelência em orientar-me durante este trabalho.

Às professoras Karen Santana de Almeida Vieira e Priscilla Maia de Andrade, pela disponibilidade e interesse em avaliar meu trabalho na banca de monografia.

Aos funcionários e professores do Departamento de Serviço Social, em especial, à Sandra Oliveira Teixeira, Andréa de Oliveira, Priscilla Maia de Andrade, à professora Wânia Fernandes do Departamento de Saúde Coletiva e à Luciana Fernandes Paulino (UFRJ). Obrigada por me ensinarem durante a graduação, serem ótimas educadoras e me inspirarem a pesquisar sobre o tema.

À equipe multiprofissional do CMI a qual tenho estima e me recebu durante os Estágios Supervisionados. Saibam que vocês foram os responsáveis por despertarem em mim a paixão pela área da Atenção à Saúde da pessoa idosa.

Aos meus amigos de graduação dos quais nunca me esquecerei, em especial à Amanda de Fátima, Daniella Gomes, Etienne Lima, Thâmara Lobato e Sílvia Maura. Obrigada por terem me apoiado durante esses anos. Em breve “nos articularemos” pelos espaços profissionais!

"Pensar o Serviço Social na contemporaneidade requer os olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo e participar da sua criação. Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Nós assistentes sociais temos ousado sonhar, lutar, resistir e apostar na história, construindo o futuro no presente".

Marilda Vilela lamamoto (1997)

RESUMO

O envelhecimento populacional tornou-se uma nova demanda para as equipes multiprofissionais da saúde que atuam cotidianamente na prestação de serviços e acompanhamento às pessoas idosas e suas famílias. Diante do exposto, busca-se neste trabalho, analisar a atuação do assistente social inserido nas equipes multiprofissionais que atuam em prol da atenção integral a saúde da pessoa idosa, no Centro Multiprofissional do Idoso, centro de geriatria do Hospital Universitário de Brasília. Para isso, realizou-se entrevista com a assistente social e utilizou-se experiência de campo, Diário de Campo e Relatórios do Estágio Supervisionado I e II. Identificaram-se possibilidades, limites e desafios para o trabalho em equipe, no âmbito da saúde. Também, analisou-se a atuação do Serviço Social em equipe multiprofissional, destacando-se aspectos que tendem a fortalecer o trabalho do assistente social na política de saúde referente à pessoa idosa e que se estende às famílias.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idoso. Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT

Population ageing has become a new demand for multiprofessional health teams who work daily in the provision of services and monitoring for the elderly and their families. Given the above, it is sought in this study to analyze the role of the social worker inserted in multiprofessional teams that act in favor of integral attention to health of the elderly person, in the Elderly Multidisciplinary Centre, Geriatric Center of the Hospital Universitário de Brasília. For this, an interview was held with the social worker and field experience was used, field journal and reports of the supervised internship I and II. Possibilities were identified, limits and challenges to teamwork, in the field of health. Also, we analyzed the performance of Social Service in multidisciplinary team, highlighting aspects that tend to strengthen the work of the social worker in health policy for the elderly person and that extends to their families.

Keywords: Aging. Elderly. Health. Social Services.

APRESENTAÇÃO

Esta monografia foi construída a partir dos conhecimentos adquiridos durante a graduação em Serviço Social, realizado pela aluna na Universidade de Brasília (UnB). Baseia-se na experiência de estágio supervisionado, vivenciado nos anos de 2011 e 2012, no Centro Multiprofissional do Idoso (CMI), setor de geriatria do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Neste espaço, pode-se observar¹ a prática profissional e suas configurações, o que despertou interesse pelas temáticas referentes ao envelhecimento populacional e a atuação do Serviço Social na atual política de saúde para a pessoa idosa, com trabalho em equipe multiprofissional.

Durante o estágio, o público-alvo principal observado foram pessoas idosas portadoras da Doença de Alzheimer ou outras demências e seus familiares. Ambos eram atendidos pelo CMI, uma vez que este se alia à perspectiva de proporcionar “atenção integral à saúde do idoso”, defendida pela Lei Magna e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foi então a partir deste primeiro contato que surgiram questionamentos, curiosidades e observação social-crítica a respeito do tema.

Principalmente a partir da década de 70, o tema do envelhecimento tornou-se relevante, nas áreas do conhecimento como Medicina, Gerontologia, Ciências Sociais, Psicologia e também Serviço Social, na busca por maior compreensão e alternativas para a ação profissional. Tornou-se também pauta de discussão e objeto de pesquisas, bem como de intervenção pública, fomentando a criação e fortalecimento de políticas que resguardassem os direitos da pessoa idosa.

Muitos são os conceitos para definir a velhice. Para fins deste trabalho, adota-se aqui, os conceitos definidos e sustentados pelos autores do Serviço Social, Sara Goldman e Vicente Faleiros (2008), os quais definem a velhice como sendo:

[...] uma relação biopsicossocial, que envolve as trajetórias individuais, familiares, sociais e culturais ao longo do tempo de vida, num entrecruzamento de trabalho/não trabalho; reprodução/infertilidade; normas e papéis de utilidade/inutilidade, defasagem/sabedoria, de isolamento/integração, perdas e ganhos, e de condições de exercício da

¹ Observação-participante: De acordo com Minayo (2010), a observação faz parte das técnicas e instrumentos que um pesquisador pode utilizar em sua metodologia para coletar dados. Em uma pesquisa social, o observador-participante é um dos tipos de pesquisador, que necessariamente participa do ambiente, interage com as pessoas e ao mesmo tempo observa o que acontece à sua volta; é um observador que também participa do meio.

autonomia/dependência, e de projetos pessoais. Assim, a velhice não é uma categoria homogênea para todos e nem um processo de via única, situando-se nas transições contraditórias das mudanças demográfica, social, cultural e epidemiológica de cada povo. (GOLMAN; FALEIROS, 2008, p. 27).

O processo de envelhecimento indica, primeiramente, transformações na vida da pessoa idosa, trazendo implicações para as famílias e para o Estado. Contudo, pode-se dizer que a família é quem recebe os primeiros reflexos dessa transformação, pois é ela quem possui contato direto com a pessoa idosa, tornando-se, em primeiro plano, a responsável pelo cuidado à saúde.

Com tais demandas, eleva-se a busca por serviços, principalmente os de saúde, pelo fato de as doenças cardíacas e cerebrais serem predominantes entre pessoas idosas, além de serem doenças típicas do século em que vivemos. Os serviços ofertados pela política de saúde são executados por profissionais da área da Saúde, sempre que possível, por equipe multiprofissional. Dentro dela, geralmente encontra-se o profissional do Serviço Social.

A política de Saúde no Brasil é representada por um sistema nacional, conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS). As legislações pertinentes à saúde da pessoa idosa foram formuladas à luz da Constituição Federal de 1988, inspiradas nos valores defendidos pelo projeto da Reforma Sanitária, esta experimentada no Brasil na década de 90. Do mesmo modo, o Serviço Social, profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, atuando nas políticas públicas, dentre elas a Saúde, também se compõe de um projeto profissional diretamente vinculado a este.

Atualmente, o Centro Multiprofissional do Idoso (CMI) é o setor do Hospital Universitário de Brasília (HUB) responsável pela geriatria, destacando-se principalmente no tratamento de pessoas idosas portadora da Doença de Alzheimer e outras demências, além do atendimento a suas famílias, que, com um trabalho realizado em equipe multiprofissional, oferece serviços disponibilizados pelo SUS.

É nesse contexto hospitalar onde o assistente social tem a oportunidade de conhecer a realidade da pessoa idosa brasileira, bem como a configuração de sua família; contempla a presença e ausência de direitos, identificando possibilidades e limites de trabalho, bem como desafios referentes ao envelhecimento populacional, à política de saúde e à atuação do Serviço Social, no contexto que os envolve.

Para fins deste trabalho, busca-se analisar a atuação do Serviço Social em equipe multiprofissional na atenção à saúde da pessoa idosa e seus familiares, a partir da experiência vivenciada no CMI/HUB. A fim de proporcionar ao leitor um estudo e uma reflexão compreensível a respeito da temática proposta, dividiu-se e organizou-se este trabalho em quatro partes:

- Primeiramente, discutiremos sobre o processo histórico do envelhecimento populacional no Brasil, seus conceitos existentes e aspectos mais importantes; a importância da família e as políticas públicas e o papel dos movimentos sociais neste processo.
- Posteriormente apresentaremos a evolução da Política de saúde referente à pessoa idosa, correlacionando sua execução à atuação da equipe multiprofissional no CMI/HUB.
- No terceiro capítulo será descrita a metodologia que foi utilizada pela pesquisadora, para a realização desta pesquisa qualitativa, analisando posteriormente o trabalho multiprofissional no CMI/HUB, com destaque ao trabalho do Serviço Social neste processo, identificando seus limites, desafios e possibilidades de intervenção profissional.
- Ao final, será feita a conclusão, sistematizando o conhecimento adquirido, e fazendo considerações a respeito da prática profissional do assistente social na área da saúde e os direitos à saúde da pessoa idosa.

Embora a pesquisa não tenha passado pelo Comitê de Ética, devido ao tempo necessário, foram tomados os devidos cuidados éticos, assegurando à entrevistada, por meio de termo e consentimento livre e esclarecido (TCLE), o sigilo rigoroso e a omissão de sua identificação, sendo os dados provenientes da participação na pesquisa, guardados pela pesquisadora responsável.

Além disso, cuidou-se com total respeito para que não se direcione os aspectos críticos à personalidade da profissional, em si, mas considera-se aqui, os aspectos e tensionamentos que se apresentam pela própria realidade e contexto profissional.

1 PROCESSO HISTÓRICO DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

1.1 Envelhecimento populacional: desafios e demandas

O século XIX e XX ficou marcado na história pela “era da modernidade”. Várias transformações ocorreram no interior da sociedade, trazendo consigo profundas mudanças no modo de viver e de se organizar. A intensa modernização e urbanização foram, sem dúvida, fatores importantes de assimilação de valores e comportamentos necessários para a conformação de novos padrões familiares e adequados para as transformações social e econômica do país (IBGE, 2009).

No século XIX as pesquisas científicas avançaram. Na área medicinal e biológica, ocorreram grandes conquistas. Descobriu-se o tratamento para doenças como a AIDS, que antes atemorizavam as pessoas. Com o desenvolvimento do uso da camisinha e outros tipos de métodos contraceptivos ocorreu uma queda significativa na taxa de natalidade e fecundidade do país.

Até o século XIX, a sociedade brasileira apresentava índices de fecundidade e de mortalidade regularmente elevados². As famílias brasileiras eram numerosas, tipicamente agrárias e pouco industrializadas. Mas a partir do final do século XIX e início do século XX, este panorama começou a mudar, apresentando declínios, tanto nos níveis de fecundidade quanto nos de mortalidade (IBGE, 2009).

De acordo com dados estatísticos do IBGE, “até 1960, a taxa de fecundidade total era levemente superior a 6 filhos por mulher, caindo, em 1970, para 5,8 filhos, em consequência da redução, mais observada na Região Sudeste” (SIMÕES, 2010, p. 117).

Por se tratar da região mais urbanizada do País, proporcionando um maior acesso aos meios existentes para evitar uma gravidez não desejada, e dispor de um parque industrial e de uma rede de comércio e serviços, impulsionadores da economia nacional, que absorvia um número cada vez maior de mão-de-obra feminina, a Região Sudeste do Brasil foi a primeira a experimentar a maior redução no nível da fecundidade: quase dois filhos de 1960 para 1970. (BRASIL, 2003, p. 55).

² De acordo com o conceito abordado pelo IBGE, a taxa de fecundidade total representa o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final de seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico. Esse indicador é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetado pela estrutura etária da população.

O acesso à informação e a melhoria nas condições de saúde da população cooperaram para a mudança demográfica, gerando conseqüente queda nas taxas de mortalidade e um aumento significativo na expectativa de vida da população.

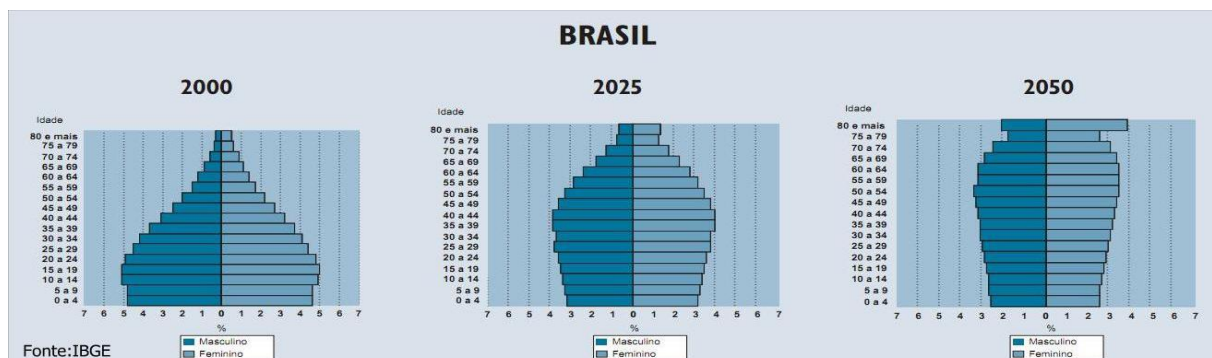
Juntamente com as mudanças que ocorriam no interior do Estado, a institucionalização de aposentadoria e benefícios enquanto atenção do Estado, o incentivo à maior inserção da mulher no mercado de trabalho, a sobreposição dos meios de comunicação dominantes, a medicalização da vida, o crédito ao consumidor disponível a todos, foram traços motivadores, que compuseram o cenário, para mudar o comportamento e modo de viver dos brasileiros.

A temática do envelhecimento populacional sempre existiu, pois seu processo é inerente a vida humana. Contudo, ela se intensificou no Brasil principalmente a partir da década de 70, pelo fato de este grupo social, as pessoas idosas, ter se tornado o segmento populacional que mais cresceu nos últimos tempos, representando, em 2010, mais de 12% da população (BRASIL, 2010, p. 11).

De fato, o Brasil experimentou várias mudanças, principalmente nas décadas de 1970 e 1980, que expressaram transformações não apenas nas suas estruturas como também na sua composição etária, acompanhadas dos anos de desenvolvimento tecnológico.

A alteração na composição demográfica do Brasil pode ser observada com base nos estudos estatísticos realizados pelo IBGE, que apresentou o estreitamento da pirâmide demográfica³ do Brasil, conforme mostra o gráfico abaixo:

Gráfico nº 1 – Envelhecimento da População Brasileira, por sexo, nos anos 2000, 2025 e 2050



Fonte: IBGE.

³ O estreitamento da pirâmide demográfica significa um baixo nível de fecundidade e um baixo nível de natalidade. A base da pirâmide se aproxima significativamente do topo desta.

Como se pode observar, o número de pessoas idosas se tornou mais expressivo, crescendo de forma dobrada com o passar dos anos. Conforme mostram os estudos, no período de 2000 a 2020, o grupo etário de 60 anos ou mais, passará de 13,9 milhões para 28,3 milhões, e as estimativas é que até 2050 esse número eleve para 64 milhões (IBGE, 2009).

Em estudo realizado por Camarano, Kanso e Melo (2004), através do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), apresenta-se um panorama de como se conforma, atualmente, o perfil dos brasileiros idosos. Destes, destacam-se:

- 13% dos eleitores idosos apresentam mais de 60 anos de idade, porém não significa que estes participam do processo político ou de eleições, pois o voto é obrigatório, até os 70 anos de idade.
- Atualmente, o grupo de idosos é o que expressa maior disponibilidade para o consumo, quanto ao lazer, saúde, estética e bem-estar, etc.
- Muitos componentes da família se utilizam da casa própria e/ou rendimentos de trabalho, pensão ou aposentadoria da pessoa idosa, como fonte de suporte familiar. Isso ocorre por geralmente a pessoa idosa possui certa dependência em relação à família.
- A população idosa é bastante heterogênea, isto é, dentro da própria categoria idosa, formam-se diferentes grupos de idades específicas, que por sua vez apresentam também características muitas das vezes, diferentes entre as faixas etárias.
- 55% da população idosa é formada por mulheres, e esta se dá predominantemente nas áreas urbanas.
- Predomina-se a população idosa de cor branca e parda. “Dos 14,5 milhões de idosos, 8,8 milhões eram brancos, cerca de 1 milhão eram negros e 4,4 milhões eram pardos, o que corresponde, respectivamente, a 60,7%, 7,0% e 30,7% da população idosa” (BRASIL, 2004, p. 30).
- Predominam-se entre as mulheres idosas, as que são viúvas. Baseado no estudo, isso ocorre devido a maior longevidade da mulher, e também devido ao recasamento (ocorre mais entre os homens idosos). A proporção de idosos que casam cresceu entre ambos os sexos, principalmente entre as mulheres. (BRASIL, 2004, p. 32).

- Em 2000, a população brasileira estava concentrada nas regiões Nordeste e Sudeste (70,8%) e nas áreas urbanas (81,3%). Isso se deve principalmente ao êxodo rural, ainda expressivo.
- O índice de pessoas idosas alfabetizadas se elevou entre os homens (59%) e principalmente entre as mulheres (146%).
- A proporção de idosos deficientes aumentou significativamente, alcançando a 7,5% dos idosos brasileiros.
- Na década de 1990, foram verificados os maiores ganhos quanto à queda nos índices de mortalidade da população idosa, principalmente da masculina. Como consequência da redução da mortalidade na população idosa, a esperança de vida masculina aos 60 anos passou de 15,6 para 19,7 anos e a feminina passou de 17,5 para 23,1 anos entre 1980 e 2000 (IPEA, 2004, p. 36).
- Elevou-se a proporção de óbitos por causa de doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias, enquanto que diminuiu o índice de mortes por doenças infecciosas e parasitárias (no total de mortes da população brasileira). Desde 1980, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte da população brasileira, obtendo-se em 2000, 35,5% de óbitos masculinos e 38,2% de óbitos femininos.

As mudanças ocorridas na composição demográfica do Brasil foram mais acentuadas e rápidas do que em outros países décadas passadas. De acordo com os estudos, a Europa levou um século para que sua população envelhecesse o que o nosso país envelheceu em aproximadamente quarenta anos (DIEESE, 2012).

Se pensarmos no simples crescimento do número de pessoas idosas em determinada região, pode-se dizer que o envelhecimento populacional é algo normal e pode vir a ocorrer em qualquer sociedade. No entanto, na medida em que certo país vivencia um abrupto crescimento desta população, a ponto de modificar radicalmente, em um curto espaço de tempo, a sua composição demográfica, tal fato passa a ser fortemente relevante na determinação das ações de um país, quanto a este processo. Por sua relevância, é que não pode excluir fatores que são preponderantes, como seus aspectos históricos, econômicos, políticos e sociais.

Para contextualizarmos historicamente o envelhecimento populacional no Brasil, destaca-se, conforme mencionado acima, duas grandes décadas, submersas em um contexto de reestruturação produtiva, de industrialização e de intenso desenvolvimento tecnológico que era vivenciado no país.

Os anos de industrialização e desenvolvimento (1945-1964), juntamente com o milagre econômico (1969-1973), trataram de preparar o caminho para o avanço do neoliberalismo e aliar o Brasil à globalização internacional. Principalmente pós-década de 1970, a política e os valores neoliberais ganharam força no Brasil, abrindo-se as portas para a reestruturação do papel do Estado.

No século XX, o mundo estava marcado pelo fim da Segunda Guerra Mundial e afundado na maior crise econômica associada à crise do sistema financeiro econômico americano, o qual alcançou o resto do mundo⁴.

O Brasil passou por tempos de profunda crise fiscal e inflacionária. Tal ocorrência marcou a história do Brasil, na década de 80, como a “Década Perdida”. As altas taxas de inflação, o elevado índice de dívida externa e déficit fiscal, bem como uma grande retração na produção industrial e na economia do país, foram as marcas do fim do tal “milagre econômico”.

Os anos 1945-1970 representavam um período de intenso crescimento econômico por meio das políticas econômicas desenvolvimentistas. Porém, os anos 1969-1973 trataram de reverter o quadro, expressando que as contas estavam desequilibradas, compondo um cenário de profunda e longa recessão, com elevada dívida externa, ondas inflacionárias e profunda desigualdade social. Conforme aponta Queiroga (2006, p. 20), “o programa neoliberal enfatizou a competição, a liberdade individual, a liberdade do mercado e a estabilidade monetária e a diminuição da intervenção estatal como as metas para suas políticas”.

Se o Estado social foi um mediador ativo na regulação das relações capitalistas em sua fase monopolista, o período pós-1970 marca o avanço de ideais neoliberais que começam a ganhar terreno a partir da crise capitalista de 1969-1973. Os reduzidos índices de crescimento com altas taxas de inflação foram um fermento para os argumentos neoliberais criticarem o Estado social e o “consenso” do pós-guerra, que permitiu a instituição do Welfare State. (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 125).

⁴ Esse período ficou conhecido na história como a Grande Depressão, que se referia a Crise de 1929, ou a quebra da Bolsa de Nova York. Para maior aprofundamento, consultar Behring e Boschetti (2010, p. 67).

Os impactos da crise eram percebidos na péssima condição de vida das pessoas, nas condições de trabalho, na falta de condições dignas de subsistência; enquanto que as demandas do capital financeiro internacional se tornavam cada vez mais a prioridade das agendas governamentais da nação. Nisto, via-se a implementação das políticas neoliberais: pela via da contenção de gastos com as políticas sociais, da estabilização monetária, ausência do pleno emprego, troca e investimento em máquinas de alta tecnologia e ajuste fiscal.

Nas palavras de Behring e Boschetti (2010), a hegemonia neoliberal na década de 1980 nos países capitalistas centrais não foi capaz de resolver a crise do capitalismo nem alterou os índices de recessão e baixo crescimento econômico, conforme defendia.

As medidas implementadas, contudo, tiveram efeitos destrutivos para as condições de vida da classe trabalhadora, pois provocaram aumento do desemprego, destruição de postos de trabalho não-qualificados, redução do salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e redução de gastos com as políticas sociais. (BOSCHETTI, 2010, p. 127).

Neste cenário de crise, capitalismo tardio⁵, profunda concentração de renda e salários baixíssimos, as imigrações se intensificaram nas cidades brasileiras, as populações foram se configuraram desordenadamente nos centros urbanos, onde se concentravam o desenvolvimento industrial do país. O fluxo migratório intenso fez com que 80% da população brasileira passassem a residir nas áreas urbanas, em busca de melhores empregos e de melhores condições de vida (IBGE, 2009, p. 26).

Essencial é também destacar que as transformações não se deram de um modo homogêneo para todas as regiões do Brasil. Cada região apresentava condições singulares e específicas de sua população. Tal efeito demonstrava as desigualdades regionais existentes, sendo o Norte e Nordeste as regiões menos alcançadas pela presença do desenvolvimento tecnológico, o qual predominava com veemência nas áreas do Sudeste e Centro-Sul (eixo Rio-São Paulo).

⁵ O capitalismo tardio ou maduro caracteriza-se por um intenso processo de monopolização do capital, pela intervenção do Estado na economia e no livre movimento do mercado, constituindo-se oligopólios privados (empresas) e estatais (empresas e fundações públicas), e expande-se após a crise de 1929-1932 e, sobretudo, após a segunda Guerra Mundial (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 83). Behring e Boschetti (2010, p. 113) afirmam ser uma tradução mais adequada para o conceito que Mandel desenvolveu, aludindo ao capital, as possibilidades de seu pleno desenvolvimento, considerando que seu poder civilizatório já se demonstra esgotado. A ideia de maduro remete ao aprofundamento e à visibilidade de suas contradições fundamentais, e às decorrentes tendências de barbarização da vida social.

As relações de trabalho encarregaram-se de compor o cenário drástico da crise. A mudança das necessidades sociais e pessoais expunha a sociedade ao pouco ou nenhum poder de compra, afastando-se dessa realidade apenas a elite da sociedade. O desemprego tomou conta da sociedade e a economia estagnou-se.

Este é o contexto que nos leva a compreender o porquê de o processo de envelhecimento vivido no Brasil ser diferente daquele experimentado na Europa.

Geralmente, esses fatores são abordados dentro de uma perspectiva de mudança de uma sociedade atrasada (tradicional, pré-moderna) para uma moderna. Não obstante, no caso brasileiro, muito desses elementos ocorreram em ocasiões de estagnação econômica e serviram como formas compensatórias, como é o caso da ampliação dos serviços de saúde, da ampliação da aposentadoria nas áreas rurais do País, e da utilização de crédito ao consumidor, ou seja, recursos disponibilizados às classes sociais mais carentes para facilitar seu acesso a bens que, de outro modo, não poderiam ser obtidos. (IBGE, 2009).

Aqui, o envelhecimento populacional não foi resultado de um processo de desenvolvimento social, por meio da geração de empregos, bons salários e boas condições de trabalho, acesso à infraestrutura, moradia, serviços de saúde e outras políticas, como mostra a história do envelhecimento nos países europeus. Pelo contrário, o processo se deu de forma descontrolada, descompassada da realidade, em que as necessidades foram percebidas, sobretudo nos anos 80 e 90.

1.2 A importância dos movimentos sociais e o papel das políticas sociais

Conforme mostra a história, em tempos de Ditadura Militar o Brasil experimentou um grande boom na criação das políticas sociais e experimentou grandes índices de desenvolvimento econômico. Contudo toda a riqueza produzida era mal distribuída, e intencionada à hegemonia do Estado, razão pela qual prevaleciam a desigualdade e repressão política (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

Com a ofensiva neoliberal, o Brasil vivenciou nos anos 90, a contrarreforma do Estado, o que levou ao afastamento e retrocesso em suas políticas sociais. O Estado perdeu parte de sua responsabilidade definida na Constituição de 1988, para com as demandas sociais, e passou a atender aspectos econômicos maiores.

Afastando-se de suas atribuições privativas, abrindo espaços para a privatização, descentralizando suas tarefas, distribuindo e compartilhando

responsabilidades com a sociedade e a família e diluindo seu papel interventor máximo, o Estado passou a assumir, em contexto neoliberal, um papel de mediador das relações entre capital e trabalho tornando-se um Estado mínimo⁶ para as políticas sociais e um Estado máximo para a acumulação capitalista.

Em sua lógica, o liberalismo preexistente entre as pessoas era capaz por levar os indivíduos a buscarem suas necessidades e o suficiente para alcançar seus anseios de forma individual, tendo o mercado como mecanismo responsável por regular e manter as relações sociais.

As políticas sociais não deixaram de ser um artefato necessário e útil para o Estado, pois sem tais medidas a ordem vigente não se sustentaria. Ao mesmo tempo em que as políticas assistencialistas e compensatórias atenuavam as expressões da questão social, elas também contribuíam para o avanço do processo de crescimento econômico.

É possível afirmar que as políticas sociais brasileiras em muitos momentos foram concessões estratégicas do Estado e dos interesses econômicos, formuladas para não proporcionar a equidade. Elas se constituíram sob fragmentos de expressões da questão social, com caráter emergencial, pontual de base assistencialista. Também foram implantadas em momentos específicos em que o Estado brasileiro necessitava regular o mercado e obter reconhecimento popular. (TORETTA, 2012, p. 262).

A luta do movimento dos trabalhadores neste contexto foi essencial para conquista no âmbito das políticas públicas e dos direitos sociais. Os movimentos sociais, de um modo geral, demonstraram – e ainda demonstram – em vários contextos históricos, seu caráter decisivo na conquista de direitos.

O movimento operário no Brasil, por exemplo, surgiu em prol das reivindicações feitas pela classe de trabalhadores que buscavam melhores condições de trabalho e salários dignos. Uniram-se enquanto classe e ergueram voz em prol da construção da cidadania política e social, na defesa da criação e ampliação de direitos que lhes resguardassem.

⁶ Mínimos sociais são respostas isoladas e superficiais em casos de extrema pobreza que, contudo, foi conquistada como direito a partir das lutas da classe trabalhadora. (PEREIRA, 2002, p. 15). Já as necessidades humanas, são necessidades básicas que possui um caráter universal e igualitário, como a saúde e a autonomia do indivíduo, pois sem o suprimento de ambas, torna-se possível até a existência do indivíduo. Para maior aprofundamento, consultar Pereira (2002), a qual aborda a diferença de mínimos sociais e necessidades humanas/básicas.

A generalização dos direitos políticos é resultado da luta da classe trabalhadora e, se não conseguiu instituir uma nova ordem social, contribuiu significativamente para ampliar os direitos sociais, para tencionar, questionar e mudar o papel o Estado no âmbito do capitalismo a partir do final do século XIX e início do século XX. (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 64).

Ao mesmo tempo em que suas lutas foram decisivas, pois influenciaram preponderantemente a conquista dos direitos, são, ainda nos dias de hoje, conflitantes, pois não se tratam de conquistas plenamente dadas; compõem, portanto, um processo de construção da cidadania.

Após a ditadura militar, bem como a crise gerada no país, o desmonte das políticas sociais e com a expressão dos movimentos sociais em busca de direitos, o Estado assumiu um caráter de mediador nas relações entre mercado e trabalho, atentando-se para as consequências das crises, geradas socialmente, a fim de evitar futuras revoltas sociais e gerando assim, seu caos. Mediante as políticas sociais, o Estado ofereceu determinada assistência aos cidadãos, de forma a compensar os efeitos da desigualdade social, acarretado pelo desenvolvimento tardio e desigual do capital.

[...] não existe polarização irreconciliável entre Estado Liberal e Estado Social, ou, de outro modo, não houve ruptura radical entre o Estado liberal predominante no século XIX e o Estado Social capitalista do século XX. Houve sim, uma mudança profunda na perspectiva do Estado, que abrandou seus princípios liberais e incorporou orientações social-democratas. (PISÓN, 1998 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 63).

A atenção dada por parte do Estado às reivindicações é uma das formas utilizadas para a manutenção da ordem social, sem, contudo, romper e findar com a questão social, mas de compensar as ruínas causadas pelas crises cíclicas, de modo que se prossiga com a produção dos lucros capitalistas e sua hegemonia.

A Constituição Federal de 1988 vem expressar muito das conquistas amparadas pelas reivindicações ocorridas em favor do trabalho digno, da saúde pública, da moradia, do papel da mulher na sociedade, dentre outras, fazendo com que o Estado assumisse o papel de mediador nas relações entre capital e trabalho, dando respostas a algumas questões que permeavam a vida da classe trabalhadora.

Por este motivo, ao mesmo tempo em que a atenção do Estado se expressa de forma conflitante e contraditória, possibilita ao campo das políticas sociais, tornar-se

campo de cidadania, intervenção política e profissional, pois abre portas para a ampliação de direitos e busca pela concretização de reformas societárias.

“Os autores são unânimes em situar o final do século XIX como o período em que o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 64).

Logo, a questão social se expressa como objeto de necessária intervenção estatal, levando o Estado a assumir seu caráter social, diante das desigualdades sociais; fazendo-o pela via das políticas sociais. Iamamoto (2008) bem expressa tal entendimento, ao afirmar que:

A questão social internaliza-se na ordem econômica, tornando-se alvo das políticas sociais, suportes da ordem sociopolítica e da imagem social do Estado como mediador de conflitos. Por meio dessas políticas, o Estado passa a administrar as expressões da *questão social*, que é fragmentada e parcializada a partir de suas sequelas metamorfoseadas em “problemas sociais”. [...] o Estado afirma o caráter público da questão social, administrando as suas refrações [...]. (IAMAMOTO, 2008, p. 170).

No final do século XIX e início do século XX, o movimento dos trabalhadores não foi uma luta direcionada especificamente para o público idoso, mas suas reivindicações trouxeram conquistas que favoreceram e deram o pontapé necessário para que se começasse a pensar na questão social que também os envolvia.

Miranda (2009, p. 36) defende que os direitos de pessoas idosas conquistados não são resultados do incremento demográfico, mas sim do maior envolvimento do grupo populacional em querer se apresentar nos espaços públicos, sendo “movidos pelo desejo de viver mais intensamente, elas se tornaram mais participantes, mais reivindicativas”.

Goldman (2000) também defende que o movimento social, na metade da década de 80, dos aposentados e pensionistas, cooperou por inserir as pessoas idosas e demonstrar seu poder de intervenção e ação no espaço político.

Semelhantemente, Faleiros (2007, p. 42) apresenta que em 1990, mobilizações foram feitas em prol da aposentadoria, dos direitos sociais e da cidadania da pessoa idosa, destacando-se a organização da Confederação Brasileira de Aposentados (Cobap).

Diferentemente dos autores citados, posicionam-se Papaléo Netto (2002) e Pastana (2005). Papaléo Netto (2002, p. 4), defende que as pessoas idosas constituíam um grupo etário politicamente ainda muito frágil e que por isso, não tiveram vez e voz no atendimento a suas reivindicações mais elementares enquanto movimento social.

Para Pastana (2005), as pessoas idosas nunca sequer compuseram um movimento social para reivindicarem direitos. O que justifica o fato das ações começarem a ser implementadas no fim da década de 80 e início da década de 90, é primeiramente reestruturação produtiva, globalização econômica e privatização dos direitos sociais amparadas pelo Estado (PASTANA, 2005, p. 3).

O movimento dos trabalhadores ocorrido na década de 80 pressionou o Estado a dar melhores condições de vida e trabalho, e para que tais demandas fossem atendidas, eram necessárias maiores responsabilidades, e que suas funções se ampliassem em prol do bem-estar dos trabalhadores.

Contudo, a ofensiva neoliberal assumindo posteriormente, as bases do Brasil, acarretou substancialmente no desmonte do Estado social, levando-o a se exaurir de custos maiores (sendo um desses, referentes à saúde das pessoas idosas), de ações comprometidas com a classe trabalhadora.

Nas palavras da autora, “a velhice já havia se tornado, quando da promulgação da Constituição Federal de 1988, uma temática a merecer ações responsáveis, direcionadas a assegurar direitos fundamentais” (PASTANA, 2005, p. 6). Ela defende que o grupo etário passou a ser reconhecido primeiramente pelo interesse de manutenção da reestruturação produtiva, concedendo-lhes direitos que lhes seriam retornados em forma de mercadorias, uma vez que estes consomem produtos, bens e serviços que alimentam a economia do país.

Para Ramos (2001) o contexto da democratização, juntamente com a reestruturação produtiva vivenciada no Brasil, explica porque a pessoa idosa foi tão bem reconhecida, por meio dos direitos que foram inseridos na Constituição Federal de 1988, a exemplo do direito à aposentadoria, da inserção do tripé assistência social, saúde e previdência social e da defesa contra a discriminação social por questão de idade (PASTANA, 2005, p. 5).

Forma-se um mercado voltado para a velhice, onde observamos o surgimento de inúmeras empresas de previdência privada (ligadas aos bancos), de saúde, reabilitação ou rejuvenescimento, de lazer/turismo e de educação (universidades da terceira idade), todas elas especializadas em serviços destinados aos idosos aposentados, principalmente àqueles de maior poder aquisitivo, que além de disporem de maior tempo livre, tinham maior potencial de consumo que os idosos de classe baixa. (PASTANA, 2005, p. 6).

Numa sociedade tipicamente neoliberal, onde as relações entre Estado e sociedade se tornavam mercadorias, o que se entende, conforme defende Debert (2007), é que um processo de mercantilização da velhice, da terceira idade estava ocorrendo, na medida em que o Estado não se atentava para as reais demandas do grupo etário. Pelo contrário, articulava com o mercado de consumo por interesses comerciais e eleitorais à custa das pessoas idosas (PASTANA, 2005, p. 3).

De qualquer modo, não se pode negar que a luta dos trabalhadores, em prol da conquista de direitos, sob uma realidade de trabalho vivenciado no século XIX, no Brasil, realidade na qual as pessoas idosas estavam intimamente envolvidas, foi o estopim para que o governo brasileiro começasse a se atentar para as demandas que vinham não somente do grupo social composto de pessoas idosas, como também de todo o universo de trabalhadores.

A partir disto, muitas foram as legislações criadas referentes ao grupo idoso, na perspectiva de proporcionar a ampliação de seus direitos e a participação deste na política e em outros espaços públicos, também no que tange a questão da saúde, assumida como direito e uma das prioridades públicas.

Todos os direitos são significativos na mudança de paradigmas das legislações em reconhecimento a pessoa idosa, contudo, a legalização não garante a efetivação. Faleiros (2007) demonstra que, embora haja direitos formais estabelecidos, eles precisam se materializar na vida concreta dos indivíduos, chamados cidadãos.

[...] a dinâmica de construção da cidadania, de fato, passa pelo reconhecimento de direitos do ponto de vista jurídico, implicando, no entanto, uma dinâmica contraditória de lutas e de forças entre a estruturação legal e a vida social real. (FALEIROS, 2007, p. 39).

Miranda (2009, p. 37) afirma que, “mais difícil do que a criação de leis é o rigoroso cumprimento delas, fato que se configura como um dos maiores obstáculos

para o desenvolvimento social”. Desse modo, deve-se pensar na política pública de saúde direcionada à pessoa idosa como algo ainda em construção, consequente de um processo histórico articulado, levando em consideração as tensões existentes.

Assim, o Serviço Social enquanto profissão que se insere nos campos das políticas públicas como espaço de atuação, e pautado em um projeto ético político comprometido com a busca pela ruptura com o modelo societário hegemônico, busca dar respostas às necessidades apresentadas pelos segmentos sociais, como indivíduos e famílias específicas (GUERRA, 2009, p. 349), na tentativa de torná-los não somente receptores como agentes sociais.

“É possível às classes econômica e socialmente desfavorecidas transformar suas necessidades em questões e incluí-las na agenda política vigente desde que se transformem em atores sociais estrategicamente posicionados.” (PEREIRA, 2002, p. 20).

Para que haja continuidade e melhora, é importante não apenas a presença desses agentes sociais na política, como também o fortalecimento das próprias lutas sociais, em prol da saúde da pessoa idosa, por meio dos defensores da lei, da política de saúde, familiares, sociedade, representantes do poder, em nível acadêmico e profissional, todos que lidam lutam pela criação e materialização de seus direitos.

1.3 O papel das famílias nas políticas de Estado, em contexto neoliberal

Após a Segunda Guerra Mundial e com o fim da Ditadura Militar, os movimentos sociais se fortaleceram e isso foi determinante para despertar o Estado para as reivindicações da classe trabalhadora. Com este olhar atento, a busca por direitos políticos e direitos sociais se intensificou no Brasil.

A Constituição Federal de 1988 representou parte dessa conquista, trazendo valores reformistas de emancipação, liberdade, cidadania, dignidade da pessoa humana, equidade. Nesta mesma constituição, direitos que contemplassem os grupos sociais foram defendidos, como os direitos das pessoas idosas, da criança e do adolescente, da pessoa com deficiência, dentre outros grupos sociais⁷.

⁷ Para maior aprofundamento, consultar Carvalho (2009).

Aliado a todas essas mudanças, percebeu-se que o Estado passou a dar um grande enfoque às famílias em suas políticas sociais, principalmente a partir da década de 90. No que se refere aos direitos das pessoas idosas, pode-se dizer que isto se deu pela necessidade de regulamentar e garantir o cuidado e cumprimento dos direitos da pessoa idosa, conforme era previsto na lei.

Contraditoriamente, sabe-se que as leis estão inseridas em um modelo societário neoliberal, no qual o Estado descentraliza suas responsabilidades e assume o papel de mediador. Assim, as famílias passaram a ter um papel essencial no desenvolvimento e proteção dos indivíduos, pois é peça fundamental no fortalecimento e manutenção do poder da ordem capitalista, uma vez que são os que alimentam seu bom funcionamento.

Neste mesmo período, pode-se dizer que o papel da mulher, ainda historicamente assumido, tratou-se de ser um dos motivadores utilizados pelo Estado, para que se atentasse à família como uma instituição imprescindível para as políticas de proteção social que se desenvolviam no Brasil, principalmente no que se refere à questão dos atores responsáveis e colaboradores no quesito “cuidado com a saúde da pessoa idosa”.

O Estatuto do Idoso, promulgado em 2003, é a lei referente aos direitos da pessoa idosa. No estatuto, o Estado define a família desta forma acima mencionada, como sendo a primeira responsável pelos direitos das pessoas idosas.

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (ESTATUTO DO IDOSO, 2003, art. 3º).

Pode-se dizer que, com a criação do Estatuto do Idoso firmou legalmente a responsabilidade prioritária da família quanto ao cuidado. Entende-se pela lei que esta, tratou de definir qual seria “a tríade” responsável pelos direitos das pessoas idosas, sendo esta: em primeiro lugar a família, depois a comunidade, a sociedade e o Poder Público. Logo, o Estado possui o dever de assegurar os direitos das pessoas idosas, mas a família também se tornou tão importante e responsável quanto aquele, neste processo. Carvalho (2009) bem explica tal afirmação, quando expõe que:

O exercício vital das famílias é semelhante às funções das políticas sociais: ambas visam dar conta da reprodução e da proteção social dos grupos que estão sob uma tutela. Se, nas comunidades tradicionais, a família se ocupava quase exclusivamente dessas funções, nas comunidades contemporâneas elas são compartilhadas com o Estado pela via das políticas públicas. (CARVALHO, 2009, p. 267).

Souza (2000) defende que tanto a família quanto o Estado são essenciais nas políticas de proteção social. De acordo com o autor, a família é como um “filtro redistributivo” de bem-estar utilizado pelo Estado, responsável pela realocação dos recursos, na medida em que o bem-estar de seus membros passa por alguma alteração. Deste modo, a eficiência das políticas de proteção está diretamente relacionada à sua adequação, composição e organização das famílias dos indivíduos protegidos, que neste caso são as pessoas idosas (SOUZA, 2000, p. 4).

A compreensão que se tem diante disto, contudo, é de que o erro não está no fato da família cuidar, pois não se nega aqui o caráter humano e fraternal da vida entre os indivíduos. Reconhece-se aqui sua importância e necessidade. Porém, não se pode ignorar ou anular as responsabilidades do Estado. Ambos não se consubstanciam em suas responsabilidades, pois possuem responsabilidades sociais profundamente diferenciadas. Cabe ao Estado o cumprimento de suas responsabilidades e políticas sociais.

Atualmente, o Estado, com direcionamento neoliberal, tem redescoberto a família como elemento central no direcionamento da responsabilidade da proteção social. Este movimento tem deslocado esta provisão da esfera pública para a esfera privada, tanto mercantil como não mercantil. (CAETANO; MIOTO, 2011, p. 4).

O Estado possui perante a sociedade, um papel preponderante no que concerne às demandas sociais, uma vez que é ele o responsável por manter a proteção necessária de forma que a sociedade esteja constantemente resguardada. A partir do momento em que o corpo estatal se ausenta e abandona tal papel, ele põe em risco não apenas o vínculo social, ativando as demandas sociais, como também coloca em risco sua própria necessidade capitalista.

O agravamento das demandas gera o aumento das dificuldades que as famílias enfrentam no cuidado, colocando conseqüentemente em ameaça os direitos das pessoas idosas, além de os familiares terem suas próprias vidas fragilizadas. Esse tipo de descompasso é o que reinventa as expressões da questão social no

interior da sociedade, isto é, formando um conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos, que estão atrelados aos conflitos entre a relação capital e trabalho.⁸

O problema surge a partir do momento em que essas famílias, por não recebem condições suficientes do Estado para exercer o cuidado e atender às necessidades da pessoa idosa, passam por uma sobrecarga e são expostas a outras necessidades de saúde, trabalho, renda financeira suficiente, etc. Essas novas questões que surgem se tonam expressões da questão social, no interior das famílias brasileiras, em forma de desigualdades sociais.

No caso do Brasil, ao observarmos os estudos, o que se vê é um país em desenvolvimento e com peculiaridades que marcaram sua história com taxas de analfabetismo, pobreza e desigualdades extremas, altos índices de doenças crônicas, serviços sociais e de saúde escassos e não acessível a todos, bem como programas e políticas públicas que não alcançam efetividade na prevenção e promoção de saúde da população idosa.

Apesar dos países desenvolvidos já terem passado pelo fenômeno do envelhecimento populacional, pensá-lo no Brasil, hoje, é um desafio, pois deve se levar em consideração que cada país apresenta em sua estrutura, condições positivas ou negativas que interferem diretamente nesse processo.

Pensar o envelhecimento populacional no Brasil é um desafio, devido às estruturas, condições e preparo. É necessário pensarmos nas condições que o Estado brasileiro possui para acompanhar as mudanças. Nas palavras de Paulino (2009):

É importante atentar para o paradoxo vivido em nossa realidade social, uma vez que nossa cultura, ao mesmo tempo em que promove o aumento da expectativa de vida, ainda não reconhece o valor do idoso, tampouco quer assumir o processo de envelhecimento. [...] O que a realidade brasileira tem mostrado é que o fenômeno de envelhecimento populacional não tem sido acompanhado por estudos e serviços que deem conta desta demanda. (PAULINO, 2009, p. 4).

Para Carvalho e Wong (apud DIESSE, 2010, p. 23), o envelhecimento populacional no Brasil é um fenômeno estrutural, sem perspectiva de mudanças para as próximas décadas. Nesse sentido, cita também Ferreira e Wong: “Sendo

⁸ Para maior aprofundamento, consultar Paulo Netto (1992).

este processo de envelhecimento muito rápido, como é o caso do Brasil, nota-se que, em geral, as políticas sociais, econômicas e culturais não tiveram tempo para se adequarem ao novo cenário demográfico” (FERREIRA; WONG, 2007, p. 78).

Por esses motivos é que o envelhecimento e suas determinações precisam ser analisados, levando em consideração as condições reais que o Brasil apresenta atualmente para receber tais impactos, os quais recaem substancialmente sobre as famílias brasileiras que experimentam o envelhecimento, principalmente no que diz respeito aos serviços e cuidado de saúde da pessoa idosa.

Nota-se que o envelhecimento populacional traz consigo, a médio e longo prazo, fortes implicações para o planejamento social e econômico do Brasil. Os efeitos perpassam pelos vários aspectos da vida de um indivíduo e altera nas bases estruturais da nação.

As transformações recorrentes requerem prioridades do Estado, cobrando um novo posicionamento e formas de intervenção nos diversos setores da economia, saúde pública, assistência social, previdência e outras políticas sociais⁹, exigindo mudanças, para que se mantenha e amplie a qualidade de vida, a sociabilidade humana e o acesso aos direitos.

1.4 Discutindo o envelhecimento, a velhice e a terceira idade

O envelhecimento populacional tornou-se uma categoria de estudo abarcada entre estudiosos de vários ramos do conhecimento. O tema não é novo, porém a partir do século XX ganhou maior importância. Iniciou-se com os pioneiros Elie Metchnikoff (1903)¹⁰ e Ignatz L. Nascher (1909)¹¹, quando fundaram os primeiros princípios da gerontologia e geriatria, respectivamente. No entanto, a concepção dominante da época difundia uma compreensão pessimista e limitada a respeito da velhice, ignorando fatores sociais, restrita a aspectos meramente biológicos. Após eles, foram surgindo outros cientistas do ramo da gerontologia.

⁹ Para maiores considerações, consultar bibliografia do DIEESE (2012).

¹⁰ Cientista, sucessor de Pasteur e conhecido como o pai da gerontologia. a denominação foi obtida a partir das expressões *gero* (velhice) e *logia* (estudo). Para Metchnikoff, a gerontologia seria, no futuro, a área da ciência mais importante, devido ao envelhecimento populacional.

¹¹ Médico vienense residente nos Estados Unidos, conhecido como o pai da geriatria. É um ramo da medicina, trata-se de um estudo clínico da velhice. Nascher despertou pesquisas tanto sociais quanto biológicas a respeito do tema, e acreditava que haviam outros fatores que influenciavam na velhice.

Papaléo Netto (2002) apresenta de forma sintética, o avanço que foi dado aos estudos sobre a velhice, destacando os anos 1930-1970 como um tempo em que os grupos de pesquisa se despertaram para o tema, que na opinião do autor surgiu do puro interesse e também devido as projeções demográficas do envelhecimento populacional que começava a se acentuar nos Estados Unidos.

Entre 1969 e 1979, de acordo com o autor, a pesquisa aumentou 270% pois nos espaços de trabalho, percebia-se a necessidade de adaptação das pessoas idosas trabalhadoras.

A partir dos anos 80, estudar e compreender o envelhecimento e as mudanças demográficas que ele gerava tornou-se um tema importante para diversas áreas do conhecimento. Inicialmente, começou-se a discutir nos âmbitos médicos, entre geriatras e gerontólogos e posteriormente ampliou-se para outras áreas da Medicina, Ciências Sociais, Psicologia, Serviço Social.

Autores como Hayflick (1961), Walford (1985) e McCav (1935) se destacaram nas pesquisas que fizeram em suas áreas de conhecimento; ambos passando por oposições, sob o risco de perderem reputação, mas ao mesmo tempo, construíram uma nova visão a respeito do envelhecimento e da velhice, indo contra conceitos estereotipados e hegemônicos da época, os quais descreviam a velhice como uma fase reversa à adolescência, de forma restrita, meramente biológica, como se o envelhecimento fosse algo inalterável (PAPALÉO NETTO, 2002, p. 4).

Na visão de Papaléo Netto (2002), a causa da demora em produzir novos conhecimentos em geriatria e gerontologia biomédica e gerontologia social, se deu pelo fato de o movimento social do idoso, ser politicamente frágil, conforme já mencionado anteriormente. Mas para ele, a situação atual não é mais esta: atualmente a visão sobre a gerontologia está mudada, e a sociedade tomou consciência a respeito do envelhecimento populacional e que isso envolve problemas psicossociais e econômicos.

O tema também se tornou motivo de atenção pública, o que levou à necessidade de produção de novos conhecimentos nas diversas profissões, em suas áreas de pesquisa. Atualmente, encontram-se diversos conceitos e modos de interpretar e compreender a velhice e o envelhecimento.

A antropóloga Guita Debert (2007, p. 50) demonstra em seu estudo que na área da psicologia, através da teoria do desenvolvimento, parte-se da compreensão de que a vida perpassa por um fluxo que nos faz enxergar a vida como “uma sequência unilinear de etapas evolutivas, em que cada etapa, apesar das particularidades sociais e culturais, seria estágios pelos quais todos os indivíduos passam, e, portanto teriam um caráter universal”.

Divergente a este pensamento, o ramo da antropologia defende que as delimitações que se criam de uma etapa da vida para outra, em relação às idades, não são as mesmas em todas as sociedades e que não necessariamente é algo que se constitui quando o tempo cronológico passa. Logo, nesta perspectiva, a velhice seria uma categoria socialmente e historicamente construída.

Ainda sobre os conceitos encontrados, Peixoto (2007) trata sobre a diferenciação de termos que historicamente foram construídos, como por exemplo, os termos “velhice”, “idoso” e “terceira idade”, comprovando que os termos carregam, em si, valores ideológicos, e em suas construções, aspectos que envolvem os diferentes tempos cronológicos e históricos.

Ser velho ou viver a velhice, no século XIX, de modo geral, era visto como algo pejorativo, calcado de cunho moralista e negativo, no sentido de que o velho era aquela pessoa que não apresentava as condições necessárias e completas o suficiente para vender a sua força-de-trabalho. Consequentemente não conseguiria manter-se no mercado de trabalho e sofria exclusão social. Logo, tal pensamento reforçava a ideia de pobreza, incapacidade e dependência.

Por este motivo, Peixoto (2007) destaca que a velhice não se apresentava figurativamente nas camadas superiores, pois os mais abastados não teriam a mesma necessidade de se promover, uma vez que já a teriam ou seriam aposentados. Indiretamente, isso passava para a sociedade certa ideia de que nessas camadas, a velhice não fosse notada ou que simplesmente não existisse.

Ao final da década de 60, a partir das mudanças que ocorreram no mundo em relação às políticas públicas, o termo “idoso” surgiu no cenário social. No entanto, apresenta-se, atualmente, como um termo genérico, que abarca todas as camadas sociais, tanto a população envelhecida em geral, quanto os indivíduos

originários das camadas sociais mais favorecidas (PEIXOTO, 2007, p. 73). De acordo com a autora, essa designação trazia um caráter de maior respeito.

De acordo com o documento do programa “Pacto pela Vida/Saúde do Idoso”, criado pelo Ministério da Saúde, o envelhecimento populacional é definido de forma simplista, como sendo:

[...] a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, essa considerada como característica que define o início da velhice. Assim, No Brasil, é conceituada como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2010, p. 11).

Tal definição justifica-se pelo fato de as políticas atuais, relacionadas à pessoa idosa, adotarem como referência para a definição de velhice, quatro aspectos essenciais: a idade vinculada ao sexo (60 anos para as mulheres e 65 anos para os homens), a aposentadoria e a renda financeira.

Abarcando um conceito mais ampliado, Goldman (2003) por sua vez define envelhecimento como sendo:

[...] um processo complexo que ocorre em cada pessoa, individualmente, mas [que está] condicionado a fatores sociais, culturais e históricos, que vão rebater na sociedade como um todo, envolvendo os idosos e as várias gerações. Por seu caráter multifacetado, o envelhecimento abarca múltiplas abordagens: físicas, emocionais, psicológicas, sociais, econômicas, políticas, ideológicas, culturais, históricas, dentre outras. A conjuntura marca as diversas formas de viver e de conhecer o envelhecimento, assim como as determinações culturais tomam formas diferenciadas no tempo e no espaço. Outro diferencial se refere à posição de classe social que os indivíduos ocupam. (GOLDMAN, 2003, p. 71).

Muitas são as críticas que circundam esse debate e modo de se pensar tais políticas. Contrário a isto, tem-se aqui determinada compreensão de que o processo do envelhecimento é um fator que é construído socialmente e que está sujeito a muitas interações provenientes das condições socioculturais, econômicas, regionais, sob as quais estes ocorrem e se desenvolvem.

Goldman e Faleiros (2008), levando em consideração os aspectos externos, as condições postas socialmente, ambos compreendem e definem a velhice, como:

uma relação biopsicossocial, que envolve as trajetórias individuais, familiares, sociais e culturais ao longo do tempo de vida, num entrecruzamento de trabalho/não trabalho; reprodução/infertilidade; normas e papéis de utilidade/inutilidade, defasagem/sabedoria, de isolamento/integração,

perdas e ganhos, e de condições de exercício da autonomia/dependência, e de projetos pessoais. Assim, a velhice não é uma categoria homogênea para todos e nem um processo de via única, situando-se nas transições contraditórias das mudanças demográfica, social, cultural e epidemiológica de cada povo. (GOLDMAN; FALEIROS, 2008, p. 27).

Peixoto (2007) defende que apesar da nomenclatura ter mudado – pois o termo velho tornou-se decadente e os textos oficiais se modificaram – a essência das palavras e as raízes ainda permaneciam, uma vez que tal modificação não havia representado, ainda, mudança completa na compreensão da sociedade, mudança real de paradigma e ações que se atentassem para a questão da criação de uma política social voltada para a camada social e que ocorresse de forma efetiva.

Após a elaboração de políticas sociais para a velhice, mudou-se o termo utilizado, o que cooperou no sentido de propor uma imagem diferenciada do idoso, de maior aceitação e vínculo aos processos. Na visão da autora, aliado ao termo da “terceira idade”, ouve-se comumente, proposições relativas à criação de atividades sociais, culturais e esportivas, caracterizando o grupo como os “jovens velhos”. Surge um novo mercado para eles, de profissionais, produtos, lazer, e interesses próprios da camada social, conferindo-lhes um *plus* no seu modo de vida, e ao mesmo tempo, alimentando fortemente os interesses econômicos e políticos.

Embora os conceitos se modificassem durante os anos, percebem-se várias conformações de pessoas idosas que se expressam analogicamente entre as regiões do país, a nível econômico, político, cultural e/ou regional. Por outro lado, nem todos os conceitos consideram tais fatores da realidade. São questões que não fogem do olhar atento e crítico; traz consigo indagações sobre qual é o tipo de envelhecimento que estamos falando, e que tem sido defendido no Brasil.

“A terceira idade passa assim a ser a expressão classificatória de uma categoria social bastante heterogênea. De fato, essa noção, mascara uma realidade social em que a heterogeneidade econômica e etária é muito grande.” (PEIXOTO, 2007, p. 81).

A importância de se pensar assim se dá pelo fato de que tal efeito não se trata de uma expressão passageira, da qual a sociedade estará isenta daqui a alguns anos. É algo que faz parte de nossa sociedade, demanda atenção do Estado e requer da sociedade como um todo, posicionamentos e compreensões.

O avançar da idade é um fato natural da vida que ocorre involuntariamente com qualquer cidadão. No entanto, é preciso refletir sobre sua natureza, isto é, como a velhice se desenvolve e sob quais condições a velhice está se desenvolvendo. É importante aprofundarmos em estudos que respondam sobre como o envelhecimento populacional está sendo pensado no Brasil, se a problemática está presente nas agendas governamentais e qual é a atenção dada a esta parcela da sociedade brasileira.

No que se refere aos serviços de saúde, buscou-se apresentar, no próximo capítulo deste trabalho, um perfil da evolução das políticas sociais para este público, principalmente no que se refere ao direito à saúde, e o que tem sido proposto hoje como modelo de saúde para a prevenção e promoção da saúde das pessoas idosas brasileiras e suas famílias.

2 POLÍTICA DE SAÚDE REFERENTE À PESSOA IDOSA NO BRASIL

2.1 A construção das legislações referente à pessoa idosa

O estudo das legislações referentes à pessoa idosa revela que somente no século XIX é que se houve uma ampliação dos direitos das pessoas idosas. Faleiros (2007) sintetiza a evolução histórica das constituições brasileiras, mostrando como o direito da pessoa idosa aparecia nas legislações:

Antes da Constituição Federal de 1988 e anterior a democratização do país, houve algumas legislações referentes à pessoa idosa, porém todas elas demonstravam conceitos e percepções conservadoras a respeito da velhice.

De acordo com o estudo do referido autor, a Constituição de 1934 foi estabelecida durante o governo de Getúlio Vargas, em tempos de autoritarismo e ditadura. Nela, inseriu-se direitos trabalhistas para todos os trabalhadores ativos (exceto ao trabalhador rural), com o fim de implementar a previdência social.

Pela abordagem e contexto da época, considera-se nesta constituição que “ser velho” era um símbolo de exclusão do mercado de trabalho; alguém que certamente não apresentava capacidade para continuar vendendo sua força-de-trabalho, dependendo, portanto, do amparo da previdência¹². “Ao se tornar improdutivo, na era industrial, o sujeito passava a ser considerado velho, a partir do pressuposto da exclusão da esfera do trabalho como operário” (FALEIROS, 2007, p. 40). Assim, o velho era aquela pessoa que precisava do apoio filantrópico e ações de caridade, que lhe eram prestadas pela sociedade e instituições ligadas à religião.

Na Constituição de 1937 (art.137), o seguro à velhice apareceu na lógica de um seguro que era concedido, pela legislação do trabalho, especificamente aos trabalhadores que contribuíam para a previdência, sendo tal compreensão sustentada, também, nas constituições posteriores de 1946 e 1967.

¹² Essa ideia pode ser notada no artigo 121, §1º, h; quando se estabelece o seguro a favor da velhice, para aqueles trabalhadores que contribuíam para a previdência social. Logo, não se trata de um direito garantido ao idoso, mas ao trabalhador que contribui e que se encontra em “fase de velhice”, conceituado como uma fase de incapacidade.

Destaca-se que na Constituição de 1946 ampliou-se a ideia do seguro social para os trabalhadores industriais, em prol de formulação referenciada para a previdência social; contudo o conceito de velhice permanecera em moldes conservadores, conforme mostra o texto das leis em seus artigos (Constituição de 1946, art. 157, XVI e Constituição de 1967, art.158, XVI).

Em ambas as constituições citadas havia benefícios bastante restritos: todos inseridos na política de previdência social, sendo sua obtenção dada via contribuição feita pelo trabalhador. A previdência social passou a assumir a assistência à saúde, além das que já havia, como maternidade, infância e adolescência.

Nos anos 60, a filantropia, o assistencialismo e a religião foram os direcionadores das ações assistenciais à pessoa idosa. Em 1943, criou-se a Legião Brasileira de Assistência para promover ações em asilos. Em 1963, nasceu o Trabalho Social com Idosos, programa realizado pelo Serviço Social do Comércio (SESC), em São Paulo, como o pioneiro na América Latina (MIRANDA, 2009, p. 32).

Conforme aponta Faleiros (2007), o que se pode notar é que:

Quando a velhice passa de uma questão filantrópica e privada para a esfera pública, a perspectiva dominante passou a ser a incorporação do direito do trabalhador e não o direito da pessoa envelhecida. Ao mesmo tempo, manifesta-se que a velhice tinha uma relação profunda com a privacidade, o âmbito da família e o âmbito da filantropia e da religião. (FALEIROS, 2007, p. 41).

Nos anos 70, uma Renda Mensal Vitalícia passou a ser concedida como benefício da previdência social, por meio da lei nº 6.119/ 74. Tratava-se de uma contribuição direcionada às pessoas acima de 70 anos de idade que contribuíram para a previdência, por pelo menos por um ano¹³. O Ministério da Saúde se voltou para a questão; as primeiras associações de pessoas idosas começaram a se organizar e os núcleos de terceira idade dos SESC foram aumentando (FALEIROS, 2007, p. 42).

Já na década de 80, Miranda (2009, p. 35) defende que começou a se formar um “novo perfil de idoso”; gerando a necessidade de atualizar e reciclar os conhecimentos a respeito deste segmento populacional. Pode-se destacar como um

¹³ Contribuição esta no valor de 50% do salário mínimo daquele período.

marco para a questão dos direitos em prol da categoria idosa, o surgimento das primeiras Escolas Abertas da Terceira Idade, favorecendo, anos mais tarde, a expansão dos grupos de convivência para pessoas idosas, mediante a criação das Universidades da Terceira Idade.

2.1.1 A pessoa idosa na Constituição Federal de 1988

No Brasil, a conquista de direitos da pessoa idosa se deu principalmente durante o processo de democratização do país, após a ditadura militar e perdurou por duas décadas (1964-1985), marcando um tempo de intensas mobilizações sociais¹⁴. Esse processo de transição democrática resultou na construção da Constituição de 1988, a qual propiciou o paradigma dos direitos para a pessoa idosa (FALEIROS, 2007, p. 37).

Antes de o Estado Brasileiro se constituir Estado de Direito, as instituições religiosas era quem organizavam a vida social, com ações filantrópicas e clientelistas. Por isso, pode-se dizer que a Constituição de 1988 foi um marco na história do pensamento dos direitos sociais no Brasil, porque incorporaram aspectos universais, provenientes das lutas sociais e do projeto de reforma democrática; por estabelecer direitos sociais – amparados pelo Estado; pela ênfase dada à democracia, à participação e controle sociais.

Determinou-se em seu texto jurídico (CF, art. 6), como direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. No Título VIII, a Constituição anunciou a Ordem Social, fundamentada em sete grandes áreas de políticas públicas, a partir da primazia do trabalho, com a finalidade de proporcionar o bem-estar social e a justiça social (CF, art. 193).

Dentre as políticas públicas inseridas na Ordem Social, elencadas do artigo 193 ao artigo 231, está a Seguridade Social, composta pelo tripé da Saúde, Previdência Social e Assistência Social. De acordo com o artigo 194 da CF/88:

¹⁴ As mobilizações se movia em prol a participação dos cidadãos, quanto ao poder de escolha de seus representantes e a afirmação do direito de cidadania. Um movimento social marcante na década de 80 foi o “Diretas Já!”; uma luta acirrada da sociedade civil, construída por jovens, estudantes, profissionais de diversas áreas, instituições religiosas e não-religiosas, grupos políticos, intelectuais e também artistas, em prol da cidadania e redemocratização do país.

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

O direito à previdência social possui um sistema contributivo. Direciona seus benefícios aos trabalhadores que contribuíram durante sua vida, como a finalidade de assegurar meios indispensáveis de manutenção, em casos de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente.¹⁵

Já a assistência social e a saúde são direitos não contributivos. Por meio dos benefícios e serviços prestados pela política de assistência social, o Estado ampara as pessoas idosas acima dos 65 anos de idade com o benefício de prestação continuada (BPC), além de outros serviços.¹⁶

O direito a saúde foi afirmado pela CF/88 como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (CF, art. 196).

Pode-se dizer que a CF/88 representou um dos maiores avanços conquistados no que tange o direito à saúde. Baseada, sobretudo, nos valores defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, e a partir de um conjunto de princípios e diretrizes amparados na universalidade, igualdade, integralidade, hierarquização/regionalização, participação e controle social, a CF/88 representou uma grande mudança na forma de se pensar e elaborar a política de saúde.

¹⁵ Tal definição encontra-se na Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, a qual dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências (PBPS, art. 1º).

¹⁶ O Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto no art. 20 da Lei nº 8.742/93, é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. Ele integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. O Estatuto do Idoso também reafirma tal direito em seu artigo 34, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas).

2.2 A importância da Reforma Sanitária para o Sistema Único de Saúde (SUS)

Antes de aprofundarmos na política de saúde da pessoa idosa, é importante compreendermos, ainda que brevemente, o significado da Reforma Sanitária, pois esta propiciou a conformação do SUS no Brasil. Sobre o processo histórico que se deu para a construção da política de saúde, destacam-se neste trabalho autores como Paim (2008), Gastão (2007) e Giovanella e Mendonça (2008) os quais abordam em seus textos questões referentes ao processo de construção dos direitos, aos modelos de saúde experimentados no Brasil e outras questões pertinentes ao tema.

O Sistema Único de Saúde foi uma grande conquista social. Ele levou em seu corpo legal, princípios e diretrizes, antes propagados pelo Movimento da Reforma Sanitária na década dos anos 1970, inspirado e influenciado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde. Foi por meio da Reforma Sanitária no Brasil que,

observou-se a constituição de um pensamento crítico e de uma prática sanitária que se propôs a reconstruir os paradigmas dominantes na medicina e na saúde pública. No Brasil, este movimento sanitário tem demonstrado relativa autonomia do Estado e da racionalidade econômica e ideológica dominante. (GASTÃO, 2007, p. 1867).

No século XX, o Brasil apresentava um sistema de saúde que excluía os grupos sociais mais pobres de seu acesso. A assistência médica familiar era alcançada apenas pelos mais ricos, não havia hospitais públicos, os investimentos públicos eram poucos e as entidades filantrópicas se responsabilizavam pela assistência aos excluídos. A formação médica e a organização dos serviços de saúde eram centradas na cura da doença, na ação hospitalar, na especialidade médica e na tecnologia (que havia sido tão difundida durante o período de desenvolvimento econômico intencionado pelo Brasil).

As instituições privadas eram basicamente hegemônicas na oferta e prestação de serviços; direcionava-se a sociedade, por meio da educação e influência, à medicalização social, direcionando suas ações para os aspectos curativos, o controle de doenças e a recuperação da saúde. Este modelo de saúde assemelhava-se ao modelo de saúde americano, conhecido como modelo Flexneriano^{17, 18}.

¹⁷ Modelo de saúde elabora por Abraham Flexner, que propagou as bases doutrinárias, em seu Relatório Flexner de 1910, das quais a política de saúde americana se reproduziu, no século XIX. O modelo se assentava em aspectos que priorizavam o biologismo, o individualismo, a especialização e tecnificação, os aspectos curativos e o hospital, como o principal *locus* de ação. Seu modelo fundamentou o modelo da Medicina Científica, apresentando-se como um contra-movimento da reforma sanitária.

¹⁸ Para maior aprofundamento, consultar Giovanella (2008) e Paim (2008).

A partir das décadas de 70 e 80, a medicina Científica, representada pelo modelo Flexneriano, começou a ser amplamente questionada e criticada pelos sindicatos, partidos, acadêmicos, cientistas e tecnocratas progressistas, formando-se os movimentos populares do período que lutaram posteriormente pela reforma no campo da saúde.

Começou-se a discutir sobre as determinações sociais que envolviam a saúde dos sujeitos. O biologismo não respondia à totalidade das causas de doenças; o indivíduo nem sempre detinha condição de manter sua saúde; a especialização e as tecnologias não contemplavam questões subjetivas à saúde; hospitais já não eram mais suficientes para promover a saúde de todos, levando-os a pensar em espaços para além dos hospitais.

Os médicos da área privada, contrários ao movimento, queriam que a assistência médica permanecesse como estava, uma vez que ela era predominantemente privatizada, e os hospitais lucravam demasiadamente com as questões de saúde postas.

Diversos grupos da sociedade defendiam a ampliação da cobertura de saúde, sua disponibilização a toda a população, de forma a integrar a saúde pública posta (associada à prevenção das doenças e às campanhas realizadas) com a assistência médica individual (que era ofertada em prol da Previdência e de forma curativa). A sociedade começou a reivindicar por novas políticas sociais em que exercessem o direito à cidadania. Defendiam a transferência de responsabilidades de um único centro para a União, estados e municípios¹⁹, e que a saúde fosse amparada como direito de todos e dever do Estado²⁰.

A proposta (do direito universal à saúde) foi construída em amplo processo de discussão e politização da questão da universalidade do direito à saúde nas décadas anteriores. Suas raízes remontam a década dos anos 1970 e solidificaram-se no Movimento da Reforma Sanitária, que lhe conferiu consistência doutrinária e propostas organizativas. (IPEA, 2008, p. 97).

Preconizava a estatização do setor, o rigoroso controle sobre a qualidade dos serviços de saúde pelos provedores privados que eram anteriormente contratados, além de estabelecer a atribuições das três esferas de governo, e a formulação de propostas para as funções que seriam desempenhadas pela União, Estados e Municípios. (IPEA, 2008, p. 107, com adaptações).

¹⁹ Essa característica se expressa na Constituição Federal de 1988, por meio da Descentralização do poder público entre os entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

²⁰ Essa determinação é conferida hoje na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196.

O movimento da Reforma Sanitária ou Movimento Sanitarista se encarregou de apresentar um novo paradigma de saúde: amplo e universal; um novo conceito de saúde (envolvendo aspectos externos ao biológico); com sistema unificado e público com participação direta da população (o “controle social”) (IPEA, 2008).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1986 e representou a conformação das mobilizações sociais, em sua força política, que lutava contra a ditadura. De acordo com Arouca (1998), foi a primeira vez em que mais de cinco mil pessoas debateram sobre um novo modelo de saúde. Tal marca histórica proporcionou a garantia constitucional da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Posteriormente, a conferência gerou condições para a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS).

O direito à saúde se tornou universal no Brasil a partir da criação e implementação do SUS. Embora nem todas as proposições da reforma sanitária tenham sido amparadas na lei²¹, a maioria foi contemplada na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde e nas Leis nº 8.080/1990²² e 8.142/1990²³, as quais foram responsáveis pela consolidação do SUS estabelecido.

O SUS é uma rede pública de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e outras vinculadas. Regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, a CF/88 referencia o direito à saúde em seu artigo 198, propondo o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços, na defesa do direito à saúde como direito de todos e dever exclusivo do Estado (CF, art. 196).

Seu funcionamento se dá de forma hierarquizada (em sua técnica, e não em seus serviços) e regionalizada²⁴, característico da descentralização do Estado; não

²¹ Ainda hoje ocorre a livre iniciativa privada e a participação do setor privado (CF, art. 198, 199 e 200) ocorrem. Tal efeito era contrário ao defendido pelo movimento, em prol da estatização completa da política.

²² A Lei nº 8.080/1990 dispunha sobre os serviços de saúde ligados à promoção, proteção e recuperação da saúde.

²³ A Lei nº 8.142/1990 referia-se à participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre os recursos financeiros.

²⁴ Todos os aspectos da política de saúde são parte desse sistema único e amplo, porém busca-se levar em consideração as necessidades específicas de cada região. O aspecto da regionalização quer dizer que há certa população que está vinculada a certo município. Este município vincula-se ao território de sua região, que conseqüentemente se vincula a um determinado estado brasileiro; e por fim esse estado está vinculado ao Brasil como país. Pode-se dizer que se trata de uma pactuação de política pública universal, porque abrange o país como um todo.

apresenta fundo de recursos próprio, sendo seu financiamento orientado pela Seguridade Social, bem como das entidades administrativas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), com competências específicas para cada região.

O SUS foi um marco e referência no sentido de formar um sistema que rompia com o modelo de saúde tradicional predominante do século XX, de influência americana, em que predominavam ações e atendimentos clínicos individuais, de forma fragmentada e tradicional em sua concepção do processo saúde-doença. A atual Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), afirma que:

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. (PNSPI, p. 2).

Os princípios do SUS estão elencados na Lei Orgânica de Saúde de 1990, pautados, sobretudo, no artigo 198 da CF/88. Seus princípios expressam que:

- **Universalidade** – A saúde se expressa na lei como um direito de todos e dever do Estado. Logo, compete a ele o provimento de serviços de saúde com qualidade, a todo cidadão brasileiro, sem preceito, distinções, restrições e/ou custos.
- **Integralidade** – Cada pessoa é um todo complexo e, ao mesmo tempo, completo. Não pode se dividir suas especificidades e por isso precisa ser tratado de forma inteira, integral. A questão da integralidade é predominante nos debates da saúde; ainda se buscam formas de materializá-la com veemência, sendo tal fator, uma das maiores necessidades do sistema.
- **Equidade** – É assegurar ações e serviços em todos os níveis de atenção, de acordo com a complexidade que o cidadão estiver necessitando sem que haja distinção de pessoas, privilégios ou preconceitos na oferta dos serviços.
- **Regionalização e Hierarquização** – Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente. São oferecidos em

áreas geográficas delimitadas, com população definida a ser atendida. A atenção à saúde se divide em níveis de complexidade e os atendimentos passam diariamente pela Atenção Básica²⁵, Média Complexidade²⁶ e Alta Complexidade²⁷, formando assim o sistema de saúde que compõe as regiões brasileiras como um todo, teoricamente articulados.

- **Resolubilidade** – Todas as ações e serviços prestados precisam ser capazes de enfrentar e resolver as necessidades que se dirijam ao seu nível de competência, na medida em que o cidadão buscar tal atendimento, ou quando a demanda for de impacto coletivo.
- **Descentralização** – É a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde, do Estado entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Desse modo, o Estado atua por meio dos entes, dando a eles autonomia e delegando competências específicas.
- **Participação/control social** – É entendida como parte da cidadania, a participação da comunidade (usuários, trabalhadores e prestadores de serviço) na gestão do SUS, dentro das instituições prestadoras de serviços, Conselhos e Conferências de Saúde.

Mesmo com as transformações ocorridas no campo prático e científico, com a ampliação dos debates e conceitos do Projeto da Reforma Sanitária no Brasil, a questão da saúde ainda era tratada baseada no modelo biomédico. Tratava-se da doença sem conhecer e combater suas reais causas. Era preciso que um novo modelo de trabalhar com a questão social referente à saúde, fosse pensada.

²⁵ Atenção Básica: Compõe várias ações de saúde, individuais e coletivas, visando promoção e proteção da saúde; prevenção de agravos; diagnóstico; tratamento; reabilitação e a manutenção da saúde. Ocorre baseada em práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, através do trabalho em equipe, direcionadas à populações de territórios delimitados que são responsáveis. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2006, p.10).

²⁶ Média Complexidade: São os ambulatórios. Direcionam ações e serviços que atendam os principais problemas e agravos de saúde da população. Devido à complexidade da assistência, demanda-se profissionais especializados e recursos tecnológicos, para diagnóstico e tratamento.

²⁷ Alta Complexidade: São os procedimentos de alta tecnologia e alto custo. Propicia à população acesso a serviços qualificados, integrando-os os demais níveis de atenção à saúde (CONASS, Assistência de média e alta complexidade no SUS, 2007, v. 9, p.18).

Outro aspecto importante e ainda presente, refere-se à abertura que foi dada às empresas, por meio da participação de iniciativa privada, de atuarem na assistência à saúde (CF, art. 199)²⁸.

Art. 199 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Sobrepunha-se a intenção conservadora de manter aspectos privatistas, sendo que a prioridade destes ia rumo a interesses econômicos, o que reafirmava uma leitura capitalista e mercantilizada da saúde. O Projeto de Reforma Sanitária se posicionou contrário à participação do privado na saúde, avesso aos moldes capitalistas, uma vez que ocorria a priorização dos interesses pessoais, políticos e econômicos predominantes.

O Estado mantinha suas tradicionais atribuições com a saúde pública, mas também entrava como agência financiadora e ainda com algum poder de regular o nascente mercado da atenção médico-hospitalar. O Estado, bem como bancos e empresas de seguros particulares, funcionariam como intermediários entre a maioria dos clientes e os profissionais e serviços privados de saúde. (GASTÃO, 2007, p.1868).

Gastão (2007) aponta que no Brasil, ocorrem dois grandes projetos de política de saúde divergentes, porém que se misturam atualmente: os sistemas nacionais de saúde e a política liberal-privatista.

A política baseada em sistemas nacionais de saúde foi construída em prol da luta dos trabalhadores em prol de políticas públicas, na busca por uma reforma, amparada nos valores socialistas.

²⁸ Em consequência aos incentivos vividos, ainda nos anos 50, na reeleição de Getúlio Vargas, o Brasil viveu um período de incentivo às políticas de crescimento econômico, ampliando-se a influência dos modelos hospitalares americanos (modelo flexneriano), os quais ganhavam espaços cada vez maiores no país, com a entrada de empresas e abertura às privatizações.

Já a política liberal-privatista defende o mercado como ordenador das relações sociais. A expansão do acesso depende do crescimento da renda da população ou do seguro privado e estatal/ previdenciário. Neste cenário, tende a predominar o paradigma biomédico e a lógica dele decorrente para pensar o desenho da atenção à saúde (GASTÃO, 2007, p. 1868)²⁹.

Na prática, o que se vê atualmente não é a presença de um ou outro, mas a mistura de interesses e ideais. Isso dificulta a materialização do projeto reformista.

Insisto que a descrição de dois modos polares para a produção do cuidado em saúde realiza-se mediante o recurso da abstração, já que no concreto os discursos e práticas estão misturados, compondo elementos originários da tradição dos sistemas públicos com outras pró-mercado, o que produz uma tensão permanente entre estatização e privatização da atenção e da gestão à saúde. (GASTÃO, 2007, p. 1867).

Atualmente, este aspecto permanece na CF/88 e nas outras legislações referentes à saúde. O cenário que se tem é de um elevado número de hospitais privados, planos de saúde desiguais que não contemplam as necessidades postas pela sociedade, a mercantilização da saúde e a medicalização social e a privatização dos hospitais públicos e universitários³⁰.

2.3 Modelos hegemônicos de Atenção à Saúde e implementação do SUS

Deve-se levar em consideração que toda política de saúde se sustenta sob modelos de atenção adotados, e que todo modelo assistencial de saúde, possui em sua formulação e implementação, fatores políticos, econômicos, social, cultural, enfim; envolve um processo histórico, e por este motivo, há correlação de forças e disputa de interesses na predominância de um ou outro modelo.

Como vimos acima, o que orienta o SUS são os seus modelos de saúde, priorizando a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, a partir dos princípios e diretrizes estabelecidos na legislação. Desta forma, o foco da atenção deveria

²⁹ Gastão (2007) apresenta como principais intelectuais orgânicos dessa modalidade, os prestadores privados e médicos, como sendo os privilegiados em suas formas de definir a organização da atenção e da oferta de serviços, também os administradores, economistas, jornalistas, partidos e políticos de tendência conservadora.

³⁰ Neste ano de 2014, a privatização dos hospitais universitários no Brasil, é algo recorrente. Para a compreensão do debate, consultar Cislighi (2011). Em seu texto "Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil", a autora se posiciona-se contra a gestão da EBSEH, apontando possíveis retrocessos a serem vivenciados na política de saúde brasileira, caso não se combata e resista às privatizações.

priorizar a Atenção Primária à Saúde, chamada comumente de Atenção Básica. Busca-se como fim a implementação e efetivação do SUS, seus serviços e programas, conforme proposto legalmente.

Embora o SUS seja um sistema amplo, ele não é completamente efetivado na prática, perpassando constantemente pela correlação de forças, uma vez que os modelos atuais se dispersam e afastam do proposto originalmente. A implementação e a efetivação são desafiantes, na medida em que as práticas conservadoras, mercantilistas e privatistas ainda se fazem presente na prática médica, ações, serviços e programas de saúde prestados.

Paim (2008, p. 555) conceitua os modelos de atenção à saúde como sendo combinações tecnológicas que se estruturam em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas. O autor discute sobre os dois modelos de atenção à saúde do Brasil, que vivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista.

O modelo médico hegemônico³¹ tende a se dirigir às demandas espontâneas. Supervaloriza as tecnologias médicas e os serviços especializados, sendo o médico o agente principal e a doença, seu objeto de intervenção. Alia-se ao consumismo médico, compreendendo-se a saúde/doença como mercadoria, centralizando-se no individualismo e na necessidade particular, interferindo conseqüentemente na intervenção estatal em prol do coletivo³².

Já o Modelo Sanitarista compõe-se de programas especiais³³, campanhas sanitárias e vigilâncias sanitárias e epidemiológicas. Nem sempre se atenta para a

³¹ A base do Modelo Médico Hegemônico está fundamentada nas mesmas características do modelo flexneriano.

³² Neste modelo há dois outros submodelos, o modelo médico assistencial privatista (é curativo, prejudica o atendimento integral e pouco se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população); e o modelo da atenção gerenciada, baseado na economia, no custo-benefício e efetividade. Para maior aprofundamento, consultar Paim (2008).

³³ Os Programas de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) atualmente são programas especiais. O Pacs na década de 90 foi um programa voltado para os excluídos socialmente e famílias de baixa renda; focalizado e verticalizado. Em 1994, o PFS foi inserido no Pacs para realizar ações educativas de prevenção de riscos, em seus territórios específicos, compostos de 600 a 100 famílias, através de uma equipe multiprofissional, na tentativa de agir fora dos centros de saúde, levando o acesso aos serviços.

expressão das reais demandas, dando enfoque a outras necessidades. De modo geral, acabam por concentrar esforços em certos riscos e grupos populacionais, gastando esforços com controle de danos, e não com os riscos e determinantes do processo saúde-doença.

O Pacto pela Saúde³⁴ afirma que as políticas públicas de saúde tem o objetivo de assegurar atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos³⁵ (BRASIL, 2012, p. 19). No entanto, o próprio documento também faz uma pré-denúncia, indicando possíveis incoerências em sua prática.

Desta forma o que se nota é que ambos os modelos não contemplam o princípio da integralidade e nem a descentralização das ações, o que se demonstra controverso ao defendido pelas legislações. Paim (2008) discursa sobre o princípio da integralidade aludindo uma explicação acerca dos modelos assistenciais, com vista à integralidade das ações de saúde, e que estas fossem intersetoriais, na defesa da promoção à saúde.

O sistema de saúde organizados nessa perspectiva incorporariam certas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção, garantia de atenção nos três níveis e complexidade de assistência médica, articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; abordagem integral do indivíduo e das famílias. (GIOVANELLA et al, 2002; PAIM, 2008, p. 552).

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, todas as outras Conferências de 1996, 2000 e 2003 se direcionaram no mesmo sentido, demonstrando a necessidade de superar os limites na prestação da atenção; construindo modelos de atenção que fossem mais coerentes com o corpo doutrinário da Reforma Sanitária (PAIM, 2008, p. 555).

Semelhante a Paim (2008) Gastão (2007) reafirma a existência do conflito entre ambos os projetos de política em disputa.

³⁴ Conjunto de reformas institucionais do SUS, provado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. É pactuado, por meio da adesão, entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios.

³⁵ O princípio foi amplamente defendido nos debates da reforma sanitária, especialmente na 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), sendo posteriormente inserido na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde e nas Normas Operacionais Básicas do SUS.

O SUS é quase um híbrido entre estas duas tradições. Resta-nos descobrir se tal “híbrido” favorece a saúde da maioria ou ao interesse empresarial e corporativo. Resta-nos averiguar se tal hibridez, ainda quando necessária à sobrevivência do SUS, não lhe retirou potência, não lhe retirou a possibilidade de reproduzir-se enquanto espécie singular. (GASTÃO, 2007, p.1870).

Tanto o modelo sanitariaista quanto o modelo médico hegemônico estão incorporados na política de saúde e buscam constantemente ampliar seus poderes de influência. Como os seus princípios e valores estão misturados e inseridos na política de saúde como um todo, não seria diferente suas repercussões e direcionamentos dados à política de saúde referente às pessoas idosas, uma vez que este segmento populacional está inserido como sujeito, receptor e participante da mesma política.

Deste modo, a política de saúde direcionada à pessoa idosa, representa a expressão da construção contraditória entre os dois modelos de atenção à saúde, predominantes no SUS. Pode-se dizer que o resultado de tal disputa é o que define o rumo e a perspectiva para qual serão designados os programas, planos, ações e serviços prestados, conformando assim, a política de saúde referente a este grupo. Sobre esta política de atenção à saúde da pessoa idosa, trataremos a seguir.

2.4 Políticas referentes à saúde da pessoa idosa

Referente aos direitos à saúde da pessoa idosa, alguns marcos legais foram importantes, como a CF/88, a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90, além de outros parâmetros legais e normas que surgiram em forma de decretos, portarias, planos e programas, no intuito de organizar a política voltada para as pessoas idosas e fortalecê-la por meio de novos direcionamentos, para que se efetivassem os direitos deste segmento populacional.

A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842/94, foi promulgada em 1994, mas regulamentada apenas em 1996, pelo Decreto 1.948/96, com a finalidade de garantir legalmente que os direitos da pessoa idosa fossem cumpridos. A lei visa construir estratégias de ação, de modo que a autonomia, a integração e a participação da pessoa idosa sejam efetivas.

Determinou os órgãos públicos e sociedade como responsáveis pelo reconhecimento das desigualdades e diversidades existentes entre pessoas idosas

das várias regiões brasileiras (PNI, art. 3º, V), indicando a necessidade que se teria de criar estratégias de acordo com as necessidades.

Atualmente, o órgão responsável pela coordenação geral da Política Nacional do Idoso é o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS)³⁶, atuando em conjunto com os Conselhos Nacional, Estaduais e Regionais³⁷.

Na PNI, o direito a saúde da pessoa idosa é citado em seu artigo 10, II.

Artigo 10 - Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

II - na área de saúde:

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e
- h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso;

Outra legislação importante na ampliação dos direitos das pessoas idosas é o Estatuto do Idoso (EI). Aprovado o E.I no Brasil em 2003, pela Lei nº 10.741/2003 e em consonância com a PNI, tornou-se um marco para o reconhecimento da pessoa idosa no Brasil. No artigo 15 d EI, a lei reafirma os direitos da pessoa idosa como pessoa humana, a fim de reforçar o cumprimento dos direitos já antes estabelecidos na Constituição Federal de 1988, normatizando, assim, a atenção integral à saúde do idoso (BRASIL, 2003, p.19).

Traz em seu artigo 1º o conceito de “pessoa idosa”, como sendo aquela que possui 60 anos de idade ou mais, definição ratificada na 1ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, feita pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1982 na cidade de Viena, a qual tratou por compreender o envelhecimento como um

³⁶ Importante ressaltar que a PNI estabelece ao órgão-coordenador da política, o dever de atuar com os outros ministérios (da saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer), na proposta de elaborarem o orçamento necessário, de acordo com suas competências, para o financiamento dos programas nacionais que sejam compatíveis com a política referida.

³⁷ Aos Conselhos competem formular, coordenar, supervisionar e avaliar a PNI, nas instâncias político-administrativas (PNI, art. 7º).

direito personalíssimo, e a sua proteção, um direito social (art. 8º). Dentre estes, está também o direito à vida, à proteção, à saúde, ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à educação, à cultura, ao lazer, à moradia e ao voto³⁸.

O Estatuto do Idoso se posiciona a respeito da atenção integral à saúde da pessoa idosa (Capítulo IV, art. 15-19). Afirma a garantia de o SUS o responsável pelo acesso universal e igualitário das ações e serviços, dos quais promoverão a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente as pessoas idosas. Versa-se sobre internação; opção de tratamento, treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, grupos de autoajuda, atendimentos e quanto a maus-tratos.

Essas ações e serviços, além disso, ocorrerão de modo articulado a outras políticas e de forma contínua³⁹. Logo, a atenção à saúde da pessoa idosa é garantida, na lei, de forma integral⁴⁰ e em todos os níveis de atenção⁴¹.

Deste mesmo modo, nota-se que a legislação apresenta em seu corpo textual um conceito amplo de saúde, pois não se restringe apenas a ausência ou ao tratamento da doença, mas aspectos externos, preponderantes para a condição de saúde, buscando proporcionar serviços e ações que lhe promovam a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da Portaria nº 2.528, foi aprovada, sendo revogada a antiga Política Nacional de Saúde do Idoso⁴². Readequaram-se os programas, projetos e atividades dos órgãos do Ministério da Saúde referentes à temática, conforme as novas diretrizes e responsabilidades. Também revisou dos mecanismos referentes à organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso⁴³.

³⁸ Para maior aprofundamento, consultar Camarano (2013).

³⁹ Tais aspectos são tratados no artigo 15 ao artigo 19 e no artigo 33 da referida lei.

⁴⁰ O termo integral remete a ideia de que a pessoa idosa deva ser contemplada em todas suas reais necessidades com um ser integral e não apenas em partes. Tal conceito amplo também se faz presente na CF/88, na Lei Orgânica de Saúde como também na Política Nacional de Atenção Básica.

⁴¹ Os níveis de atenção à saúde, conforme visto anteriormente, são a Atenção Básica (ou Atenção Primária à Saúde), a Atenção Secundária (Média Complexidade), a Atenção Hospitalar (Alta Complexidade) e a Atenção nas Urgências (UPA e SAMU).

⁴² Consultar Portaria nº 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999, para o acesso a antiga lei.

⁴³ As legislações pertinentes a estes mecanismos comentados encontram-se nas Portarias nº 702/GM de 12/04/2002 e nº 249/SAS/MS de 16/04/2002, conforme consta no documento da própria PNSPI (art. 3º).

A nova política utiliza o conceito defendido por Ramos (2002) de que a “saúde da pessoa idosa” é a interação entre saúde física, mental, a independência financeira, capacidade funcional e suporte social. Compreende, ainda, uma visão renovada do envelhecimento, uma vez que não o associa diretamente à presença de doenças, incapacidade e/ou idade. Com esta leitura, compreende-se, do texto legal, que a atualização do termo para “pessoa idosa”, busca retratar uma visão de maior reconhecimento enquanto sujeito de direito e agente participativo.

Encontra-se na política a compreensão da “condição funcional”, como um fator preponderante na formulação das políticas para a saúde das pessoas idosas. Suas diretrizes se pautam na promoção do envelhecimento ativo⁴⁴ e saudável⁴⁵, atenção integral à saúde da pessoa idosa, ações intersetoriais, integralidade das ações, provimento de recursos, estímulo a participação e fortalecimento do controle social, formação e educação permanente dos profissionais de saúde, informação e divulgação da PNSPI, promoção e cooperação internacional de experiências na atenção à saúde e estudos e pesquisas afins.

Reconhece também a necessidade de se quebrar mitos e preconceitos existentes na sociedade quanto ao envelhecimento e a heterogeneidade desse grupo social.

Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades. (BRASIL, 2006).

A política se posiciona contrária ao modelo médico hegemônico, baseado na assistência médica individual, uma vez que, de acordo com seu texto, as ações deste modelo “não se mostram eficazes na prevenção, educação e intervenção nas questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas.” Defende-se, pois uma abordagem preventiva, antes que se necessite atuar de forma curativa e tardiamente.

⁴⁴ Significa, de acordo com a PNSPI, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia; reconhecida como a meta de toda ação de saúde, que permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice.

⁴⁵ De acordo com a PNSPI, “baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas”. (WHO, 2002 apud BRASIL, 2006).

Utilizam um tipo de avaliação funcional individual e coletiva, formando uma pirâmide de risco funcional que mostra índices de risco da população idosa de determinada região. Essas informações relativas aos critérios de risco funcional são estabelecidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Baseado nisso, determinam os idosos independentes⁴⁶, os idosos independentes, porém com dificuldades nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD)⁴⁷ e os idosos frágeis ou em situação de fragilidade⁴⁸.

A PNSPI estabeleceu em seu texto, dois grandes eixos norteadores das ações, para que ocorra a integralidade: O primeiro eixo é enfrentar as fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde, e o segundo eixo trata da promoção da saúde e da integração social em todos os níveis de atenção à saúde.

Dentre as ações referentes à promoção do envelhecimento ativo e saudável, encontram-se ações de acolhimento, baseado em critérios de risco; informação; estímulo à solidariedade; prevenção de acidentes à domicílio; combate a violência doméstica; participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, Conselhos, grupos e atividades; integralidade; estímulo à práticas de alimentação, sexo seguro, imunização e hábitos; motivação ao abandono de álcool, tabagismo, sedentarismo e outros; incorporar nas ações os modelos culturais dos usuários; prevenção, como vacinação; programas de prevenção de agravos de doenças crônicas; conscientização contra o preconceito; reabilitação; investimento na promoção da saúde e articulação do SUS com o SUAS.

Além dos parâmetros legais discutidos acima, existem outros instrumentos legais referentes à saúde da pessoa idosa, bem como órgãos de controle sociais, os quais foram importantes para garantir os direitos da pessoa idosa. Dentre estes, cita-se o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, que ocorreu em 2002 e também favoreceu a criação do Estatuto do Idoso em 2003; o Conselho Nacional

⁴⁶ Aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda, todas as atividades da vida diária, como por exemplo, comer, tomar banho, usar o telefone, fazer compras, dentre outras (BRASIL, 2006).

⁴⁷ São considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior frequência (BRASIL, 2006).

⁴⁸ Os que vivem em Instituições de Longa Permanência (ILPI), acamados, hospitalizados recentemente, com doenças causadoras de incapacidade funcional, com pelo menos uma incapacidade funcional básica, em situação de violência doméstica e também o idoso com 75 ou mais anos de idade (BRASIL, 2006).

dos Direitos do Idoso (CNDI) criado no ano de 2002, que realizou a 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, em 2005, o qual priorizou em pauta a implementação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI), criada em 2006; o Encontro Nacional de Conselhos de Idosos realizado também em 2006, dentre outros.

Embora tenha ocorrido um avanço legal significativo, referente aos direitos à saúde da pessoa idosa, e conforme bem aponta a própria PNSPI, a prática da política é, ainda, insatisfatória. Na mesma lei, encontram-se elencados, desafios que precisam ser enfrentados, sendo que todos eles justificam-se exatamente pela disputa entre os modelos existentes de atenção à saúde.

No entanto, cabe aqui destacarmos o item “c”, uma vez que se refere essencialmente ao nosso objetivo de estudo, que afirma como um desafio a ser enfrentado “a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2006).

2.5 Trabalho multiprofissional, interdisciplinaridade e trabalho em equipe

Pedro Demo (1994) destaca em seus estudos que o trabalho multiprofissional, baseia-se na interação democrática que ocorre entre os conhecimentos técnicos específicos de cada profissão, na tentativa de se produzir soluções e propostas de intervenção, a qual nenhum profissional sozinho produziria.

Pekelman (2010) demonstra que no ambiente multiprofissional deve ocorrer o compartilhamento de ideias entre os diversos profissionais das diversas áreas de atuação, construindo projetos comuns, atrelados à prática do espaço institucional.

Porém, deve-se atentar para a diferença que há entre trabalho multiprofissional e trabalho em equipe. Pode-se dizer que no trabalho multiprofissional, o trabalho em equipe é um dos pilares, pois ele proporciona uma prática produtiva organizada, articulada, mas não necessariamente implica na construção de novos saberes, de nova perspectiva de ação profissional.

Da mesma forma a interdisciplinaridade, que é uma constante essencial e muito abordada atualmente nas políticas públicas, em especial na área saúde. Para

Ely (2003), a interdisciplinaridade se situa no campo da cooperação e coordenação da prática profissional, de modo que todos os conhecimentos existentes nas diversas profissões e suas disciplinas sejam valorizados, reafirmando o respeito, a autonomia e a criatividade inerente a cada uma destas áreas.

Por meio da interdisciplinaridade, as relações tendem à horizontalidade e reconhecimento do outro, entre os diversos profissionais que atuam no mesmo espaço, bem como as relações de poder preexistentes. As ações são comuns às áreas e pensadas estrategicamente, estabelecendo-se, assim, uma troca recíproca de conhecimentos entre as disciplinas (VASCONCELOS, 1997). O pensamento interdisciplinar caminha rumo à construção de um olhar integral para a realidade da saúde, gerando-se conhecimentos e aprendizagem (PEKELMAN, 2010).

Ely (2003) destaca a importância do Serviço Social se atentar para os espaços, tendo em vista as possibilidades de criação e expansão em seu campo de atuação para áreas ainda desconhecidas ou pouco exploradas. Nessa relação de troca de saberes, o Serviço Social tem a oportunidade de socializar com as demais áreas do conhecimento as suas especificidades e habilidades (ELY, 2003, p. 116).

Logo, esses profissionais, em consonância com a política e assumindo seus papéis de importância na execução dos serviços, tornam-se parte integrante e essencial na atenção integral à saúde da pessoa idosa, tendo em vista que as demandas são trazidas por elas e seus familiares para as diversas categorias profissionais inseridas no âmbito da saúde, e estas, devem ser capazes de atendê-los no sentido de materializar seus direitos, imediatamente ou não.

Na PNSPI (2006) defende-se que a prática dos cuidados assistenciais à saúde da pessoa idosa deve ocorrer por meio de uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que considere os diversos aspectos da vida do sujeito. Indica também que na atenção especializada, um dos mecanismos necessários para fortalecer a atenção à pessoa idosa, seria a implementação de modalidades de atendimento compatíveis com suas necessidades, através da abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que for possível.

Inserido nesse conjunto de profissionais que atua em equipe, na execução dos serviços e pela materialização dos direitos referentes à saúde da pessoa idosa,

são estes quem convivem diariamente com os desafios postos pela própria política. Os modelos de atenção a saúde condicionam o modo como a política vai se desenvolver. E tais condicionamentos refletem conseqüentemente no tipo de trabalho, na prestação dos serviços por parte dos profissionais e no alcance que cada sujeito de direito terá, por meio dela.

O assistente social é um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do âmbito da saúde. Apresenta um arcabouço ético-político e teórico-metodológico que lhe concede ferramentas necessárias e suficientes à atuação profissional, bem como determina seus direitos, deveres e competências. O assistente social, embasado em um código de ética e projeto ético-político composto de uma análise social crítica da realidade, busca intervir nesta não apenas visando a mera realização dos serviços propostos nas políticas, ou de apenas cumprir com metas institucionalizadas, mas avança na perspectiva da transformação social.

3 POTENCIALIDADES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

3.1 Metodologia da pesquisa

Conforme defende Minayo (2010) escolher uma metodologia para a realização de um trabalho científico envolve mais que o simples uso de técnicas. Trata-se de um complexo entre compreensões teóricas determinadas quanto à abordagem, que se relaciona com a teoria, a realidade empírica e os pensamentos que dizem respeito à realidade. Essa realidade social é composta por um universo cheio de significados, valores, atitudes, motivos, crenças e aspirações, e por meio da pesquisa qualitativa é que chega-se próximo a elas, na intenção de conhecê-las e compreendê-las. Este universo, “dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos” (MINAYO, 2010, p. 21).

Gil (1999, p. 42) define a pesquisa qualitativa afirmando que:

O objetivo fundamental da pesquisa social é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos. A partir dessa conceituação, pode-se, portanto, definir pesquisa social como o processo que, utilizando metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social.

De acordo com Vilaça (2010, p. 63) e baseado nos conceitos defendidos por Rudio (2009) sobre o que é a pesquisa, o autor afirma que podemos considerá-la como um instrumento capaz de desconstruir ilusões, crenças e idealizações. O motivo de um pesquisador investigar determinado objeto pode ser pela vontade de compreender algo que não necessariamente apresente resultados negativos; não depende, portanto, de um problema real para que se sinta motivado a pesquisar (VILAÇA, 2010, p. 67).

Minayo (2010) defende que a pesquisa qualitativa é aquela que “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” os quais podem ser compreendidos como parte da realidade social.

Para a autora o objeto da pesquisa qualitativa esta no universo da produção humana, onde se encontra as relações, as representações e as intencionalidades. Este universo, “dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos” (MINAYO, p. 21).

Deste modo, buscou-se neste trabalho pesquisar qualitativamente o objeto proposto, na tentativa principal de compreender a atuação do Serviço Social no CMI/HUB, levando em consideração os objetivos específicos de conhecer, caracterizar e analisar as determinações, limites e possibilidades que se apresentam na atuação do assistente social, as quais se relacionam intimamente com a atual política de saúde direcionada à pessoa idosa, e o processo de trabalho multiprofissional em que os profissionais da saúde lidam cotidianamente com as particularidades da política e do envelhecimento populacional vivenciado no Brasil.

Por entender que a realidade muda conforme as determinações espaciais e históricas, e que a dinâmica profissional é específica, mas também subjetiva, intenciona-se com este trabalho, não esgotar o assunto, mas proporcionar subsídios importantes para possíveis reflexões, futuros estudos e aprofundamento do tema.

A cientificidade, portanto, tem que ser pensada como uma ideia reguladora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e normas a serem seguidos. A história da ciência revela não um “a priori” mas o que foi produzido em determinado momento histórico com toda a relatividade do processo do conhecimento. (MINAYO, 2010, p. 11).

O instrumento de operacionalização do conhecimento proposto aqui se baseia na pesquisa, de natureza teórica e exploratória. Exploratória por buscar encontrar aspectos e informações que se relacionam e se aproximam, ou não, dos objetivos traçados neste trabalho. E teórica porque possibilita a retomada de conceitos estruturantes e essenciais para a compreensão e busca de resposta à pergunta-problema a que se dirige o trabalho. Vilaça (2010, p. 63) se apropria de alguns autores quando defende as pesquisas teóricas como:

[...] aquelas que têm por finalidade o conhecer ou aprofundar conhecimentos e discussões (BARROS; LEHFELD, 2000, p. 78). Em síntese, é possível afirmar que a pesquisa teórica não requer coleta de dados e pesquisa de campo. Ela busca, em geral, compreender ou proporcionar um espaço para discussão de um tema ou uma questão intrigante da realidade. (TACHIZAWA; MENDES, 2006).

Para isso, foram utilizadas fontes de informação primária e secundária, baseadas em trabalhos realizados anteriormente pela pesquisadora. Como técnicas de coleta de dados, utilizou-se:

- Análise documental e bibliográfica. Para a construção analítica utilizou-se textos e arquivos públicos nacionais, como legislações e sítios com

informações referentes à política de saúde, aos direitos dos idosos, à instituição escolhida. A utilização desses materiais foi de extrema importância, tendo em vista que conformam uma das bases principais para a construção crítica e dialética deste trabalho.

- Entrevistas semiestruturada com Assistente Social e Médico Geriatra, coordenador da equipe do Centro Multiprofissional do Idoso (CMI), com a utilização de roteiro. Em concordância com o entendimento de Marsiglia (2009), escolheu-se a entrevista, por compreendê-la como o melhor instrumento para captar palavras, pensamentos e opiniões dos profissionais envolvidos na entrevista, que lhe são significativas. “As entrevistas são os instrumentos mais usados nas pesquisas sociais porque, além de permitirem captar melhor o que as pessoas pensam e sabem, observam também a sua postura corporal, a tonalidade da voz, os silêncios, etc.” (MARSIGLIA, 2009, p. 27). A entrevista com o Médico Geriatra, em 2011, e a entrevista com a Assistente Social, em 2014, foram gravadas e transcritas. A entrevista com a Assistente Social, em 2011 foi apenas escrita.
- Análise e utilização do Diário de campo, projeto de intervenção e relatórios de Estágio Supervisionado I e II, realizado no CMI/HUB durante a Graduação nos anos 2011/2012. Foi utilizado também o conteúdo das entrevistas citadas acima. Tais informações foram consideradas fundamentais para a análise que esta pesquisa se propõe, se constituindo em fontes importantes de construção do saber e sistematização da prática profissional.

Na fase de elaboração do projeto de pesquisa, planejou-se realizar entrevistas com Assistente Social, Psicóloga e Terapeuta Ocupacional, do Centro Multiprofissional do Idoso (CMI), unidade de geriatria do Hospital Universitário de Brasília (HUB), uma vez que a atuação da instituição é multiprofissional.

Contudo, apenas a Assistente Social participou da entrevista, tendo em vista que a Psicóloga estava de licença e a de Terapeuta Ocupacional não aceitou participar. Posteriormente, buscou-se entrevistar o Coordenador e Médico Geriatra do CMI, o qual também não havia disponibilidade pelo excesso de trabalho.

Considerando a riqueza dos dados e análises realizadas durante o estágio, optou-se por acrescentar duas entrevistas realizadas neste período, uma com a assistente social e outra com o médico, coordenador do CMI, além de fazer a releitura dos dados sistemáticos a partir do diário de campo e relatórios de estágio elaborados em Estágio Supervisionado I e II.

Em um segundo momento, iniciou-se a análise dos dados coletados na entrevista com a assistente social, juntamente com os dados sistematizados anteriormente, durante o estágio. A base analítica deste trabalho assenta-se nos conceitos e trabalhos que o método crítico-dialético, fundamentados na Teoria Social Crítica e também em áreas das Ciências Sociais e Humanas.

A justificativa para tal escolha, e conforme bem expressa Santos (2006, p. 192), se dá pelo “suposto de que o objeto de Marx é a sociedade, a prática social em seu sentido mais amplo. Portanto, essa teoria permite ao Assistente Social conhecer teórica e metodologicamente a sociedade numa perspectiva de transformação”.

Encontrou-se como uma dificuldade para a realização desta pesquisa, a falta de tempo e impossibilidade por parte dos profissionais do CMI, de participarem e apoiarem esta pesquisa com maior afinco, devido às demandas e questões pessoais, não estando ao meu alcance reverter à situação.

3.2 O Centro Multiprofissional do Idoso (CMI)

O Centro Multiprofissional do Idoso (CMI) é uma unidade de geriatria de caráter público que compõe a Alta Complexidade de atendimento do SUS. Insere-se na área Médica Clínica, não compondo o organograma do HUB, mas sendo parte integrante do Hospital Universitário de Brasília (HUB)⁴⁹. O CMI vem se destacando ao longo dos anos em “diagnóstico de enfermidades geriátrico-gerontológicas, principalmente as demências, como a doença de Alzheimer”⁵⁰, sendo referenciado em programas de televisão e sítios de órgãos públicos do DF. Sua implementação

⁴⁹ O HUB desde 1990 foi administrado pela Universidade de Brasília, contudo, devido aos problemas de gestão, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa de direito privado, regime de contratação celetista, passou a ser a responsável pela gestão do Hospital, no ano de 2014.

⁵⁰ UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Terceira idade**: Centro de Medicina do Idoso (CMI). Disponível em: <http://www.unb.br/servicos/terceira_idade>. Acesso em: 19 jun. 2014.

ocorre a partir de atuação de equipe multiprofissional que presta serviços estabelecidos pelo SUS, às pessoas idosas e seus familiares.

Conforme consta no sítio da UNB referenciado acima, para que a pessoa idosa seja atendida no CMI, há critérios de organização que regulam a prestação dos serviços. Tais serviços ocorrem somente por meio de encaminhamento ou referência, com preenchimento de formulário específico, fornecido no próprio serviço. Desse modo, quando chegam demandas espontâneas ao CMI, o sujeito primeiramente passa pela triagem, que é uma seleção, realizada pela equipe multiprofissional do centro. Analisado os critérios necessários, ocorre ou não a inclusão e acompanhamento da pessoa idosa e sua família no CMI.

De acordo com a entrevista realizada com o geriatra, há décadas atrás, o trabalho no HUB direcionado exclusivamente aos idosos, era bastante incipiente e apresentava dificuldades em sua implementação. No ano 2000, um doutor da Medicina, que compunha o corpus profissional do hospital, chamado Dr. Ricardo Maia, ao chegar da Inglaterra com especialização em Medicina Geriátrica, pela University of Birmingham, juntamente com o apoio do Dr. Euler Ribeiro, que na época era Deputado Federal, projetaram e inseriram no orçamento público a criação do Centro de Medicina do Idoso. Em prol deles, então, criou-se o Centro de Medicina do Idoso, sendo inaugurado no ano de 2002/2003.

Em entrevista realizada com o coordenador e geriatra do CMI, em 2011, durante o Estágio Supervisionado I, o entrevistado ressaltou que o CMI se insere na Clínica Médica e que não está inserido no organograma, que na sua avaliação necessitava ser atualizado. O organograma ainda não foi atualizado, por isso, não é possível identificar o CMI como parte integrante dos centros do HUB.

Mediante entrevista realizada com a assistente social, compreendeu-se que em 2013, ano que o CMI completou 10 anos, o Centro deixou de se chamar “Centro de Medicina do Idoso”, sendo modificado para “Centro Multiprofissional do Idoso”. Tal mudança demonstrou um avanço na compreensão do CMI como um espaço de atuação com equipe multiprofissional, não se tratando apenas da atuação médica, mas de outros saberes também. Por isso, a nomenclatura expressou também um reconhecimento dos saberes e melhor identificação do trabalho realizado.

O CMI foi considerado centro de destaque e referência no Distrito Federal em seu tratamento prestado à pessoa idosa portadora da Doença de Alzheimer, como também a seus familiares e cuidadores (formais ou informais) que participam da assistência à saúde (REVISTA EM DISCUSSÃO, 2010). Além disso, tornou-se também o percursor para o desenvolvimento da assistência, ensino e pesquisa em Geriatria e Gerontologia na Universidade de Brasília.

Quanto ao regimento interno, de acordo com a assistente social, o CMI não apresenta um específico, apenas segue o regimento interno do HUB, o qual se fundamenta no SUS. Os objetivos do CMI equiparam-se aos do HUB, respaldado nos objetivos do SUS. Além de o HUB efetuar serviços de saúde geriátrica, desenvolve também o ensino e pesquisa, característico de um hospital universitário. De acordo com o *site* do HUB, a missão do hospital é “cuidar de pessoas e desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde”.⁵¹

O HUB foi certificado como Hospital de Ensino de acordo com os critérios estabelecidos na Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004 e até hoje permanece certificado conforme as disposições da Portaria Interministerial MEC/MS no. 2400 de 02 de outubro de 2007.⁵²

Sua visão é “ser um hospital de excelência, acreditado para cuidados de média e alta complexidade, ensino e pesquisa em um contexto humanizado e interdisciplinar”, baseando-se em valores pautados na ética, transparência, compromisso social, solidariedade, responsabilidade ambiental e compromisso com a excelência.⁵³

De acordo com entrevista realizada com a assistente social, o trabalho realiza-se de forma multiprofissional, através de uma equipe composta de profissionais da Medicina especializada em geriatria (com seus preceptores e residentes, residentes e alunos de graduação), da Farmácia (com preceptor, alunos de graduação e pós-graduação), da Odontologia (com preceptores, alunos da graduação e da pós-graduação); da Nutrição (apenas uma voluntária), do Serviço Social (com residência e estágio), da Psicologia (com alunos de estágio técnico), da

⁵¹ UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Hospital Universitário de Brasília. **Missão**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/usuarios/Institucional/missao.html>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

⁵² UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Hospital Universitário de Brasília. **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/institucional.html>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

⁵³ UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Hospital Universitário de Brasília. **Visão**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/usuarios/Institucional/missao.html>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

Terapia Ocupacional (que recebe raramente alunos da graduação), da Fisioterapia, Neuropsicologia e Enfermagem.

Durante entrevista realizada com o geriatra do CMI, este soube dizer que o público-alvo atendido no CMI é composto prioritariamente por idosos acima de 60 anos que apresentam algum déficit cognitivo ou outros tipos de problemas e saúde como hipertensão, diabetes, depressão, dentre outros problemas de saúde. Em relação ao perfil dos usuários (cuidadores familiares e idosos), a experiência de estágio, bem como as entrevistas com os profissionais, mostraram que

- A maior parte dos familiares cuidadores é composta por mulheres.
- Há usuários de diferentes rendas financeiras e classes sociais, não havendo uma predominância.
- As doenças degenerativas acometem pessoas idosas de diferentes classes sociais.
- A maioria das pessoas idosas é aposentada, pensionistas (viúvos e/ou viúvas) ou recebem benefícios sociais, como Benefício de Prestação Continuada (BPC).

As demandas são caracterizadas por: pessoas idosas com demência em nível leve, intermediário e avançado; com depressão e outros problemas ligados à saúde mental, emocional e física; familiares com doenças geradas pelo desgaste causado pelo cuidado à pessoa idosa, como stress e insônia e depressão, falta de condições para comprar medicamentos e fraldas geriátricas; falta de orientação quanto ao processo de interdição⁵⁴, busca de informações sobre onde encontrar cuidadores e como cuidar da pessoa idosa; falta de informação e conhecimento dos seus direitos; conflitos familiares motivados devido ao cuidado e acompanhamento à pessoa idosa fragilizada; falta de acompanhamento profissional e outros.

No que concerne à atuação dos profissionais, e também mediante entrevista com o geriatra do CMI verificou-se que ocorre estímulo à assistência à pessoa idosa

⁵⁴ Interdição ou curatela (PNI, art.10, VII, § 2º): Refere-se “ao procedimento judicial que declara extinta a capacidade de atos jurídicos, ou se reduz tal capacidade, em função de enfermidades psíquicas, debilidade mental e defeitos psíquicos que atingem o conhecimento, o sentimento e a vontade – que faz com que a pessoa nem sempre possa manifestar conhecimento, sentimento e vontade”, ou seja, “impede o indivíduo de exercer, de forma autônoma, seus direitos e cumprir suas obrigações” (MEDEIROS, 2000).

de diversas formas: a partir de cada área específica, como testes cognitivos, estimulação e reabilitação cognitiva, fortalecimento e preparo para o envelhecimento, avaliação com idosos acolhidos, orientação e acompanhamento aos idosos, familiares e cuidadores, atendimentos domiciliares, atendimentos médico e multidisciplinar, acompanhamento psicossocial, encaminhamentos, atividades terapêuticas como pintura, atividade física e coral-canto para a pessoa idosa, grupo de conversa e atividades de interação entre idosos e familiares.

A assistente social, em entrevista realizada, afirmou que o tempo de acompanhamento é indeterminado, pois não se define um período fixo e limitado para a prestação dos serviços; os familiares podem buscar constantemente novas orientações e os profissionais podem realizar encaminhamentos e efetuar serviços pertinentes, caso apresentem novas demandas.

3.3 O trabalho multiprofissional no CMI

Realizou-se entrevista com a Assistente Social em 2011, durante o período de estágio, e novamente em 2014, para coleta de dados da monografia. A assistente social ingressou ao HUB em 2005, por meio de concurso público da FUB/HUB. Começou a atender no CMI esporadicamente, no ano de 2007, permanecendo neste como assistente social a partir de 2009, com carga horária de trinta horas semanais.

De acordo com a entrevista realizada, as leis que regem e compõem o arcabouço teórico utilizado são as leis referentes ao SUS, à Constituição Federal de 1988, ao Estatuto do Idoso e à Política Nacional do Idoso. De acordo com a assistente social, o objetivo das ações e serviços é “atender o paciente idoso e sua família, tanto os da geriatria geral como os do ambulatório, direcionado para idosos portadores da Doença de Alzheimer ou outra demência”, destaca-se que não há metas de atendimentos e/ou encaminhamentos a serem atingidos na instituição.

Em relação à estrutura e ao funcionamento das atividades do CMI, destaca-se:

- 1) O Acolhimento. De acordo com a assistente social, o acolhimento é como a primeira consulta que ocorre após o processo da Triagem, pelo qual passa a pessoa idosa e seu familiar. A Triagem é uma seleção feita para decidir se aquele

indivíduo e sua família se adequam aos serviços ofertados, ou se deve ser encaminhado (contra referência a outro tipo de serviço).

Geralmente os indivíduos atendidos no Acolhimento, são usuários que chegaram recentemente ao CMI para acompanhamento ou estão lá, mas tiveram alguma mudança no diagnóstico⁵⁵. Este acontece por meio da escuta e entrevistas realizadas pelos profissionais com os familiares e a pessoa idosa, a fim de identificar suas demandas e conhecer o contexto no qual se inserem.

No Acolhimento, os profissionais utilizam um questionário de avaliação social, para conhecer a pessoa idosa e sua família. Elaborou-se em equipe, na tentativa de deixar a entrevista agradável e não repetitiva; como um guia, sem uma forma rígida, em que pode se inserir ou retirar perguntas, quando necessário.

No caso do Serviço Social, geralmente o acolhimento é realizado de forma conjunta, com a Terapeuta Ocupacional. Neste acolhimento a pessoa idosa, portadora da demência não participa, pois pode lhe gerar confusão e incômodo.

Após o Acolhimento, os profissionais se reúnem durante uma hora, para discutir sobre os casos acolhidos, momento em que cada profissional apresenta sua visão, baseado em seu conhecimento, e assim definem em conjunto, o direcionamento a ser dado, se os casos se aplicam aos serviços ofertados no CMI.

2) Orientação Familiar. Entende-se a orientação como uma ação de natureza socioeducativa que interfere diretamente na vida dos indivíduos, grupos e famílias (MIOTO, 2009), que podem contribuir para o fortalecimento de processos emancipatórios, formando uma consciência crítica, facilitando os processos democráticos entre profissional-usuário, projetando ao mesmo tempo, uma transformação social por meio da emancipação (LIMA, 2006, p. 137 apud MIOTO, 2009, p. 3). A atividade busca orientar a família quanto à doença e os cuidados necessários, socializar informações referentes aos direitos previstos e encaminhar, quando preciso, a outros ambulatorios, fórum da região, Conselho do Idoso, Ministério Público ou o que lhe for pertinente.

⁵⁵ Para que essa família e a pessoa idosa cheguem a ser atendidos, primeiramente se preenche um formulário dado pela secretaria do CMI, passando posteriormente por um processo de Triagem, que é um momento em que os profissionais se reúnem para decidirem se o caso se adequa aos requisitos de atendimento. Ver o link <http://www.unb.br/servicos/terceira_idade>.

Muitos familiares chegam ao CMI sem conhecer a doença e as mudanças que ocorrem no estilo de vida da pessoa idosa e outros próximos; às vezes também desconhecem alguns direitos e serviços disponíveis. Normalmente a orientação é realizada entre a Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e a Psicóloga.

3) Clube de Revista. Momento que ocorrem apresentação de trabalhos e pesquisas, visando à capacitação permanente e a reciclagem dos profissionais. Desenvolvem-se temas diversos e pertinentes à saúde da pessoa idosa, proporcionando debates e aprofundamento em assuntos pertinentes. Em observação durante o estágio, notou-se que o Clube de Revista permitia aos profissionais reconhecer a importância do trabalho multiprofissional, a necessidade da interatividade entre as profissões, bem como a identificação de limites e possibilidades de construção de novas estratégias de ação para o aperfeiçoamento dos serviços prestados. De acordo com a assistente social, os estagiários e residentes também participam deste momento.

4) Visita Domiciliar. Tem-se como objetivo acompanhar o tratamento da pessoa idosa portadora de Alzheimer, ver como estão os cuidados, passar novas informações/receitas, recolher dúvidas e dificuldades que os cuidadores familiares e/ou remunerados estejam tendo quanto ao cuidado e buscar orientá-los no que for preciso e colhido de informação naquele momento.

Uma limitação desta atividade é a questão da demora do CMI ocasionada devido à grande demanda e por ser realizada apenas em um dia da semana.

A Assistente Social, Psicóloga e Terapeuta Ocupacional ficam, na maioria das vezes, na sala esperando o familiar sair para tirarem alguma dúvida – caso haja – perguntar a ele quanto ao cuidado, se está tendo alguma dificuldade e principalmente orientá-lo quanto ao cuidado consigo mesmo, para que este não deixe de cuidar de sua saúde, faça alguma atividade física, tenha um tempo de socialização, um tempo com o marido, esposa e/ou família, de modo geral. (DIÁRIO DE CAMPO E ESTÁGIO I, 2011).

É interessante observar que não apenas a pessoa idosa é acompanhada. Busca-se também acompanhar o cuidador familiar, proporcionando subsídios para sua prevenção. Contudo, cabe ao assistente social, nesses espaços, não reproduzir uma concepção de cuidado que culpe o sujeito por uma realidade complexa, contraditória e que é composta de fatores externos a sua própria intenção de ação.

5) Grupo Familiar com cuidadores familiares atendidos no CMI, é uma atividade utilizada tanto pelo profissional do Serviço Social como por outros profissionais, porém cada profissional deve ter um direcionamento e objetivos específicos em sua atuação no grupo. Os profissionais que sempre participam são o Psicólogo e o Assistente Social; às vezes, o terapeuta ocupacional e os farmacêuticos.

De acordo com as entrevistas realizadas, o Grupo Familiar foi criado pela psicóloga que atuava no centro, expandindo-se posteriormente a outras áreas. Seu objetivo é conhecer as necessidades dos cuidadores, orientá-los, proporcionar socialização e troca de experiências.

É um espaço onde os cuidadores compartilham dificuldades e experiências, o tempo é pequeno e o que ocorre é mais uma troca de experiências do que uma escuta profissional. O que alimenta o G.F é um cuidador trocar informações com os outros cuidadores, e não com o profissional. (DIÁRIO DE CAMPO DE ESTÁGIO I, 2011).

O Grupo Familiar possui uma atividade que se direciona para o cuidado do cuidador consigo mesmo, ou seja, aborda sobre “o cuidar de si para cuidar do outro”, além de referir-se às relações familiares de modo amplo. Pode se dizer que o propósito do grupo se aproxima mais de um grupo de autoajuda. Contudo, vale ressaltar que ainda assim, ele estaria corretamente respaldado no que é proposto pela Política Nacional de Saúde de Pessoa Idosa, a qual determina que os “grupos de autoajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados” (BRASIL, 2006). Porém, tal política não foi enunciada nas duas entrevistas realizadas com o assistente social, provavelmente porque o grupo é conduzido pela psicóloga e tem uma característica mais terapêutica, apesar de surgir demandas que se configuram como potencialidades para a atuação do Serviço Social.

3.4 Integralidade: um dos princípios do SUS

Algo importante a se destacar como característica do CMI, é referente a valorização dada à integralidade das ações e serviços oferecidos à pessoa idosa e sua família. A Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) dispõe sobre a integralidade como um dos princípios norteadores das ações e serviços.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

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;

O mesmo também é referenciado na Política Nacional do Idoso:

Art. 9º Ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compete:

I - garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS;

De acordo com Giovanella e Magalhães (2008), a integralidade se refere à abrangência de uma oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias (neste caso, acima de 60 anos de idade, levando em consideração a heterogeneidade da parcela idosa). Afirma que

a unidade deve contar com arranjos que garantam todos os serviços necessitados pelos pacientes. Mesmo que não ofereça diretamente, a unidade de APS deve assegurar, por meio de encaminhamento, o acesso a serviço especializado [...]. (GIOVANELLA; MAGALHÃES, 2008, p. 584).

Baseado nisso, pode-se dizer que a integralidade tem se materializado no cotidiano do CMI, pois a atenção integral à saúde da pessoa idosa tem sido viabilizada, mediante o trabalho em equipe multiprofissional. A entrevistada demonstra, juntamente com isto, o bom andamento do trabalho em equipe:

“É [realizado] um trabalho em equipe. Como eu te falo, o diferencial é esse. [...] A equipe faz de tudo para andar sempre afinado, conforme a gente decide em equipe, respeita-se a hierarquia; por exemplo, se eu preciso da direção para encaminhar algum ofício isso vai ser feito.”

Tendo em vista que a demanda maior no CMI é o acompanhamento da saúde da pessoa idosa e conforme afirma a assistente social entrevistada, consegue-se obter os resultados esperados à luz do que propõe as legislações, e conforme o que compete ao nível de atenção à saúde a que se configura o CMI (Alta Complexidade). Aliado a isso o trabalho multiprofissional no CMI se apresenta bem estruturado e unido, na execução dos serviços pertinentes, demonstrando boa articulação com os outros níveis de atenção.

Nos casos necessários de encaminhamento, a entrevistada afirmou que a articulação com outros órgãos e centros de saúde regionais também têm sido efetivadas com sucesso, e o acompanhamento do usuário tem se dado a devida continuidade, sem enfrentar intercorrências, como explica a seguir:

“[...] Toda pessoa pode ter o acesso ao atendimento, sendo que, como tem as regionais de geriatria, quando ele procura atendimento aqui, a gente pergunta onde mora, porque já pode encaminhar para esse atendimento primeiro, que seja mais perto da residência dele. [...] Em geriatria geral, como az vezes é mais lotado, as vezes demora mais para ser chamado; e aí é por isso que, mais uma vez, a gente está sempre encaminhando para essas regionais. [...] Até agora não tem tido problema, não. A regional de fato, passa a acompanhar o paciente. Algumas regionais já estão tendo, como aqui, grupos familiares, como Ceilândia, Taguatinga [...] e se tiver alguma intercorrência, como eu falei, volta pra cá e continua aqui, ou a gente vê o que houve e já encaminha.”

Em Nogueira e Mioto (2007), Mioto e Nogueira (2009) e Mioto (2009), encontra-se um debate rico de definições, compreensões e aspectos que dizem respeito aos processos da ação profissional do Serviço Social na Saúde. Para Nogueira e Mioto (2007) a integralidade a partir do Serviço Social se dá por meio de três processos: os processos político-organizativos⁵⁶, os processos de planejamento e gestão⁵⁷ e os processos sócio-assistenciais⁵⁸.

Algumas ações de processo sócio-assistencial podem ser identificadas na prática do Serviço Social no CMI, como por exemplo, a participação do Serviço Social nas ações sócio-terapêuticas; o diálogo entre profissional e usuário, na

⁵⁶ Ações profissionais referentes à mobilização, assessoria, discussões ligadas à universalização, ampliação e efetivação de direitos, privilegiando o controle social com participação nos Conselhos, Conferencias, Ministério Público e outros órgãos (NOGUEIRA; MIOTO, p. 12).

⁵⁷ Criação de documentação do processo interventivo (Diário de Campo, fichas, estudos, relatórios) e de base de informações, que apoiaria cinco tipos de ação profissional: 1. Planejamento e gestão dos serviços sociais; 2. Realização de avaliação institucional dos serviços e ações profissionais; 3. Sistematização das ações realizadas; 4. Criação de protocolos como base de trabalho para a equipe e o assistente social; 5. Capacitação de recursos humanos e de sujeitos sociais para influir nas instâncias decisórias (NOGUEIRA; MIOTO, p. 12).

⁵⁸ Atendimento direto às demandas particulares; dá autonomia e remete-o à participação política (Conselhos, movimentos de base, movimentos sociais). Ocorrem pelas via das ações periciais (parecer técnico/social; processo de referência e contra referência), sócio-emergenciais (emergências), sócio-terapêuticas (apoio individual/grupal, realização/ participação em ações terapêuticas), socioeducativas (relação profissional-usuário que promova informação trabalhe a autonomia, e o dê condição de escolher racionalmente) (NOGUEIRA; MIOTO, p. 13).

tentativa de proporcionar a este a tomada de decisão de forma autônoma e racional, compreendendo as possibilidades existentes e as condições na qual se encontra; as ações que atendem às demandas emergenciais.

Contudo, referente aos sujeitos, que são direcionadores da política de saúde, não se identificou, nas entrevistas, nenhuma fala, atividade, ou direcionamento dado, pelo Serviço Social, de estímulo aos usuários em participar politicamente dos espaços de controle social, conforme as ações profissionais referenciadas pelas autoras acima⁵⁹.

Por meio das duas entrevistas realizadas com a assistente social, e baseando-se nas experiências vivenciadas em estágio, identificou-se determinada ausência dos processos político-organizativos na atuação do Serviço Social, referente à mobilização; debate sobre universalização, ampliação e efetivação de direitos e estímulo à participação nos Conselhos, Conferências, Ministério Público e outros órgãos, como exercício do controle social (NOGUEIRA; MIOTO, 2007).

Em relação aos processos de planejamento e gestão identificou-se: a falta de documentação do processo interventivo do Serviço Social, como o uso de Diário de Campo, fichas, estudos e relatórios, e a construção de uma base de informações. Ambas as ações proporcionariam a sistematização das ações profissionais, ajudariam na realização de avaliação institucional dos serviços e ações profissionais realizadas e serviriam de base de conhecimento e informação tanto para a equipe quanto para o assistente social. Além disso, notou-se também a ausência de ações que fomentem capacitação de sujeitos sociais para que estes influam nas instâncias decisórias (NOGUEIRA; MIOTO, 2007, p.12).

Compreende-se com isso que, um dos caminhos fundamentais para a construção da integralidade na prática da assistência à saúde, certamente refere-se ao alinhamento e fortalecimento necessário, que deve haver entre as equipes multiprofissionais, pois elas são o carro-chefe que vai dar direcionamento as ações e projetos a serem desenvolvidos, viabilizando assim, a efetivação dos princípios.

⁵⁹ Interessante é notar que, em ambos os processos, encontra-se a questão da participação política, da mobilização e organização dos usuários, enquanto sujeitos de direitos, o que demonstra a essência dos princípios fundamentais defendidos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.

Por outro lado, referente às ações desenvolvidas pelo Serviço Social, destaca-se a importância de a profissão apresentar suas especificidades, principalmente por estar inserido em trabalho multiprofissional. Na medida em que estas são compreendidas tanto pelo profissional quanto pela equipe, a partir da intenção que se tem de contemplar o universo da pessoa idosa referente ao processo saúde-doença e de suas famílias, como parte integrante e sujeito de direito, somadas às demais ações profissionais, torna-se possível direcionar uma ação interventiva no sentido de materializar a integralidade.

3.5 Desafios, limites e possibilidades: aspectos analíticos da entrevista

A partir das entrevistas realizadas, foram identificados alguns pontos considerados relevantes para se analisar a atuação do Serviço Social em equipe multiprofissional no CMI. Importante ressaltar que a análise se deu a partir de aspectos presentes nas falas e das legislações referentes aos direitos da pessoa idosa e da atuação profissional do Serviço Social.

3.5.1 Capacitação e reciclagem no Serviço Social

A questão da capacitação continuada e reciclagem da atuação profissional na área do Serviço Social têm sido enfatizadas nos debates da profissão, principalmente devido às necessidades vivenciadas na prática cotidiana das diversas instituições, tendo em vista a ampliação dos espaços ocupacionais para a inserção da profissão e as demandas que se alteraram e se alteram historicamente.

O Código de Ética de 1993 destaca a importância do aprimoramento profissional contínuo como um direito profissional (art. 2º). Ainda no artigo 10, define como dever do assistente social, “mobilizar sua autoridade funcional, ao ocupar uma chefia, para a liberação de carga horária de subordinado, para fim de estudos e pesquisas que visem o aprimoramento profissional [...]”. Tal determinação se expressa visando a mesma importância de o profissional estar continuamente em contato com a renovação de conhecimentos para o aprimoramento de sua prática.

O Estatuto do Idoso (art. 3º, VI) versa sobre a obrigatoriedade por parte do Poder Público de dar absoluta prioridade ao direito do idoso, compreendendo como

parte desta, a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços, bem como unidades geriátricas de referência com pessoal especializado em geriatria e gerontologia social (art. 15, III).

Campelo e Paiva (2010, p. 3) apontam uma lacuna estrutural a ser preenchida, havendo carência de profissionais capacitados para atender a população. Semelhantemente, Sayeg (1997) aponta que o desconhecimento dos profissionais da saúde provém da ausência de cursos de extensão e especialização na universidade, o que faz com que ocorram improvisos e erros graves.

Identifica-se a capacitação do assistente social em envelhecimento como uma limitação vivenciada pela profissão, que infelizmente, ainda se demonstra imatura, uma vez que não possuímos um grupo significativo de profissionais inteirados na temática, sendo, portanto uma nova demanda para a categoria, se considerarmos da década de 70 até os dias atuais, constituindo-se desafios para o Serviço Social, a nível teórico e interventivo.

Compreendendo a realidade atual do envelhecimento populacional na sociedade brasileira, e levando em consideração que as demandas referentes à saúde da pessoa idosa tende a aumentar, é de extrema importância que o Serviço Social se desperte para maior aprofundamento em conhecimentos no que se refere a este grupo social, pois lidamos diretamente com suas demandas e direitos, bem como desenvolver novos debates e pesquisas específicas do Serviço Social.

3.5.2 Competências e atribuições do Serviço Social

As competências profissionais referem-se às habilidades, facilidades e capacidades que uma profissão precisa desenvolver, mas que não são exclusivas de determinada profissão. Os grupos familiares, por exemplo, são realizados conjuntamente pela Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Assim, não se pode dizer que esta atividade é específica, pois outros profissionais também a utilizam como instrumento de atuação.

Por outro lado, as atribuições privativas se referem à pertença de uma categoria profissional, isto é, ao encargo e poder de exercer algo que lhe é próprio, especial, peculiar; refere-se diretamente à identidade que a profissão possui. Embora

os profissionais atuem em conjunto, cada profissional possui o seu direcionamento, baseado nas atribuições específicas de sua área.

A partir das entrevistas identificou-se que o Serviço Social no CMI não apresenta atribuições privativas. De acordo com a entrevistada, o diferencial da atuação é o trabalho em equipe. A mesma não destacou nenhuma característica diferencial referente ao Serviço Social no trabalho em equipe, pois esta compreende que “a importância está em fazer parte da equipe e estar disposto a colaborar tanto com a equipe quanto com a solicitação do familiar”.

Contudo, embora não haja atribuições privativas, destaca-se a importância do Serviço Social planejar todas as ações de forma a organizar uma intervenção específica, ainda que inserida em um trabalho em equipe multiprofissional.

Mioto e Nogueira (2006, p. 9) defendem que as ações profissionais se sustentam no conhecimento que se tem da realidade, a partir da qual definem-se objetivos e escolhe-se abordagens de ação adequadas para alcançar os sujeitos destinatários da ação. Mas para que isso ocorra, é necessário que o profissional construa uma base composta de planejamento de ação, de documentação e que possua um apurado senso investigativo.

Santos (2006) também defende a potencialidade que é conferida à ação do Assistente Social quando discursa sobre a instrumentalidade. De acordo com Santos (2006), a instrumentalidade não se baseia apenas na aplicação de métodos e atividades, mas na escolha concreta de meios que visam atingir os fins, que se relacionam aos objetivos da profissão. Nas palavras de Guerra (2007, p. 2), a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais.

O projeto ético-político do Serviço Social busca proporcionar o suporte necessário para que o profissional alcance os objetivos da própria profissão, por meio de sua intervenção. Nas palavras de Paulo Netto (1999, p. 4):

Os projetos profissionais apresentam a autoimagem da profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento os profissionais e

estabelecem as bases de suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, o que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).

As três dimensões – teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa – trabalham juntas fazendo com que o projeto ético político do Serviço Social se materialize na prática, saindo do campo da possibilidade para o da efetividade, “à passagem da finalidade ideal à finalidade real” (SANTOS, 2006, p. 171).

As entrevistas demonstraram que os objetivos da instituição não se chocam com os objetivos da profissão, sendo o objetivo daquela, prestar “o acesso ao atendimento, conceder o direito às informações necessárias, quanto ao funcionamento da instituição e ao que ele pode acessar fora dela, formação, ensino e assistência”.

Contudo, embora não se tenha identificado atribuições privativas do Serviço Social no CMI, e para além dos objetivos institucionais, algumas ações profissionais apresentam potencial para ganharem destaque profissional. Assim como Ely (2003, p. 116), defende-se aqui que, as características, conhecimentos e habilidades proporcionadas ao assistente social em trabalho interdisciplinar e multiprofissional, são muito semelhantes às desenvolvidas no seu trabalho isolado. Referente às especificidades da prática profissional do Serviço Social, destaca-se também a fala de Iamamoto (2002), a qual defende que “mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações” (IAMAMOTO, 2002, p. 41).

Neste caso, identificam-se duas competências amparadas pela Lei de Regulamentação Profissional (nº 8.662/93) que podem vir a se tornar novas estratégias de intervenção para o Serviço Social. “As ações ganham certa particularidade a partir dos processos aos quais se vinculam, porque estão atentas às demandas/necessidades que quer atender” (MIOTO; LIMA, 2009, p. 44).

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

[...]

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais. (LEI DE REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO, 1993).

Estas competências acima elencadas fazem alusão a três aspectos importantes, referentes à atuação profissional: planejamento e execução de pesquisas (art. 4º, VII), elaboração de programas e projetos, e participação dos sujeitos atendidos da instituição e da sociedade (art. 4º, II).

Para que ocorra a aproximação da realidade⁶⁰, percorrem-se caminhos de pesquisas. A pesquisa é referenciada na lei acima, como uma das competências. “A atitude investigativa é o fomento básico do exercício profissional do assistente social que se refere ao movimento de desocultamento do real” (FRAGA, 2010, p. 42). Por meio do contato entre o profissional e o sujeito, tal realidade começa a ser desvendada, identificando-se características antes ocultas, mas importante e de relevância para a questão dos direitos do sujeito.

Para a realização da pesquisa, Miotto e Lima (2009, p. 39) afirmam que esta “deve ser inerente ao serviço profissional, e que não é possível o desenvolvimento de um trabalho consistente e consequente sem [que haja] planejamento e documentação”. Deste modo, identifica-se também, que o planejamento e a documentação do processo interventivo das ações realizadas pelo Serviço Social, devem compor sua atuação.

A realização de pesquisas no Serviço Social pode servir para documentar o processo de trabalho e sistematizar as ações profissionais. Podem servir também para criar uma base de informações referentes aos usuários dos serviços, que pode ser útil, posteriormente, como subsídios para as ações profissionais, tanto da própria categoria quanto para a equipe multiprofissional.

Conforme prevê a legislação, enquanto competência, e propõe Nogueira e Miotto (2009), enquanto processos de atuação profissional do Serviço Social, tais ações podem favorecer a elaboração de programas e projetos referentes à atenção integral a saúde da pessoa idosa, pois são ações de caráter de planejamento e gestão de serviços sociais referentes à atuação do Serviço Social capaz de se materializarem em campo de trabalho do CMI, com equipes multiprofissionais.

Durante a realização das entrevistas não se identificou planejamento profissional referente à realização de pesquisas na área, referente aos direitos de

⁶⁰ A realidade vivida tanto pelas pessoas idosas quanto por seus familiares é recheada de características, demandas, determinações históricas, políticas, econômicas e sociais, que não aparecem objetivamente ao profissional, independente de quem este seja.

saúde da pessoa idosa e/ou aos familiares, como parte do processo e também usuários dos serviços ofertados. A sistematização e racionalização das ações, ou base de dados e informações construídas por meio da intervenção do Serviço Social, não foram citadas e nem identificadas.

Contudo, mesmo assim, sabe-se que o prontuário é um dos documentos utilizados pelos profissionais da saúde como instrumento técnico de operacionalizar o trabalho. Para o Serviço Social, do mesmo modo, trata-se de ser um registro, que pode servir, inclusive, para pesquisas e análises maiores, posteriormente.

Contudo, pode-se identificar nas atividades diárias das quais participam o assistente social do CMI, condições potencializadoras de tais ações. O Acolhimento, a Orientação Familiar⁶¹ e o Grupo Familiar, por exemplo, são espaços onde os sujeitos apresentam demandas e aspectos da vida cotidiana que são ricos em características e pintam partes de suas histórias, real e subjetiva.

Tal fator se apresenta como uma condição potencializadora, na medida em que o Serviço Social pode se apropriar de tais atividades, na intenção de atuar de forma interventiva, mas ao mesmo tempo, investigativa. A partir daquilo, pode-se esboçar o conhecimento da realidade social, o que proporcionará a sistematização da prática profissional, e esta, por sua vez, servirá de alicerce para os fundamentos de novas pesquisas na área.

Tal atitude profissional torna-se um potencial, na medida em que tende a fortalecer a identidade profissional no CMI e ao mesmo tempo, a construir as especificidades da atuação do Serviço Social, fortalecendo a consistência de seu corpus teórico, proporcionando maior visibilidade as suas ações e materializando o projeto ético-político profissional⁶² (MIOTO; LIMA, 2009).

Sem esquecer de que as pesquisas também proporcionarão novos subsídios para as práticas profissionais, a partir do desvelamento da realidade

⁶¹ No Acolhimento e na Orientação Familiar, a escuta qualificada dos sujeitos e a sistematização de informações tornam-se elementos necessários e importantes para a construção de conhecimento, na medida em que proporciona dados necessários para uma análise crítica-dialética.

⁶² O projeto profissional do Serviço Social direciona-se na luta pela transformação, contrário ao projeto societário hegemônico neoliberal. Um projeto profissional propõe um pacto entre os membros da sociedade, sobre aspectos que são imperativos e outros que são idealizados, indicativos de perspectivas futuras (PAULO NETTO, 1999).

social investigada. Isso, posteriormente, poderá qualificar, a médio e longo prazo, os serviços prestados pelo CMI.

3.5.2.1 O incentivo à participação e controle social

Para a elaboração de planos, programas e projetos, dentro de determinado espaço sócio-ocupacional, precisa-se primeiramente determinar qual o é propósito de sua criação - que ao Serviço Social, visa atuar pela garantia do direito à proteção integral à saúde do idoso.

É essencial, também, conhecer a realidade das demandas apresentadas pelos sujeitos, mediante uma atitude profissional investigativa, conforme abordado anteriormente. A atitude investigativa no Serviço Social, por sua vez, torna-se o meio para se conhecer a realidade social e subsidiar a criação de planos referentes à saúde da pessoa idosa (GUERRA, 2009), a qual pode ser alcançada mediante a prática da sistematização e documentação do trabalho profissional (NOGUEIRA; MIOTO, 2009).

O objeto de investigação do Serviço Social, no caso do CMI, são as pessoas idosas e/ou seus familiares, que compõem o público-alvo principal. Ao mesmo tempo, tornam-se também o resultado-fim da ação que se almeja atingir e os agentes da política, pela via da participação nos programas e planos criados.

Uma das diretrizes expressas na PNI é a participação da pessoa idosa, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos, através de suas organizações representativas (art. 4º, II). Reconhece-se, legalmente, a pessoa idosa como sujeito de direito, capaz de exercer o controle social.

A PNI ainda determina como competência dos órgãos públicos, estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (art. 9º, VI). Já na LOS, o direito à participação da comunidade na política de saúde também é prioridade (art. 7º, VIII).

Fomentar essa participação na política de saúde, torna-se essencial para a atuação do Serviço Social, uma vez que seu código de ética profissional estabelece

como dever, nas relações com os usuários, “contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais” (art. 5º).

De acordo com a assistente social entrevistada, pode-se dizer que a participação das pessoas idosas e dos familiares do CMI, ocorre “*nos atendimentos individuais ou em grupos*”. Não se identificam canais de participação e comunicação ampla, espaços direcionados a esta finalidade ou atividades que promova o controle social ou formas de avaliação pelo público atendido, senão por meio da ouvidoria do HUB ou por meio destes atendimentos, o que torna a participação restrita.

Sabe-se, enquanto categoria profissional, que a transformação societária defendida e amparada na prática pelos assistentes sociais virá a partir do fortalecimento da luta de classe em prol da mudança social, contra o modelo hegemônico, e não de revolução que se fará pela via da prática profissional.

A política social não confere ao Serviço Social, enquanto profissão inserida na saúde, o poder de transformação do modelo de saúde médico-privatista. Contudo, ela se configura e dá respaldos ao Serviço Social como um campo privilegiado de atuação (MIOTO; LIMA, 2009), de forma a fortalecer e se unir na defesa da movimentação da sociedade em prol da transformação social.

A mobilização social, por meio dos movimentos sociais, uma das formas de se exercer controle social. Esta, é apresentada como um princípio da Lei Orgânica da Saúde (art. 7º, III). Já na legislação referente ao Serviço Social, a lei de regulamentação da profissão (lei nº 8.662/90) apresenta como uma competência, a prestação de assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade.

A construção da autonomia dos sujeitos, a participação política, o fomento aos movimentos de base e aos movimentos sociais, a assessoria, mobilização e controle social, compõem tanto o processo político-organizativo quanto o processo sócio-assistencial da atuação do Serviço Social na saúde (NOGUEIRA, MIOTO, 2009).

Vieira (2005) explana os diversos conceitos existentes sobre o controle social entre os ramos científicos. Por alguns, ele é compreendido como o controle do Estado e empresariado sobre as massas, enquanto que outros compreendem

contrariamente: como o controle da sociedade civil sobre o Estado, por meio de mecanismos democráticos existentes⁶³.

Deste modo, Vieira (2005) se baseia em autores do Serviço Social como Raichelis (1998) e Simionatto (2005) e trás uma definição própria, da qual este trabalho se apropria:

Controle Social, ou democracia direta, refere-se ao acesso à informação e à participação a sociedade civil, organizada ou não, na gestão, implementação de ações e fiscalização das organizações públicas e privadas. Bem como na formulação e revisão de diretrizes, normas e contratos das mesmas. Sendo que ele pode ser exercido pela via formal – mediante previsão legal ou estatutária desta participação da sociedade civil – ou informalmente, por meio de espaços institucionalizados ou não de exercício do controle social. (VIEIRA, 2006, p.52).

Os Conselhos e Conferências de Saúde, por exemplo, são instrumentos viabilizados na CF/88 a partir da busca pelo rompimento das formas tradicionais de gerir a política de saúde, a fim dos usuários expressarem e fazer valer seus direitos e necessidades sociais, possibilitando a eles poder de construção na política e de atuar nos espaços públicos, onde são ouvidos (VILAÇA-MENDES, 1999).

Embora existam alguns espaços privilegiados para a democratização das políticas e exercício da cidadania, estes não são suficientes para se atingir transformação social e política. É necessário ampliar os espaços de discussão e fortalecer os grupos, enquanto classe, em prol da mudança de paradigmas na saúde (BRAVO; MATOS, 2006, p. 12).

Logo, destaca-se como aspecto de grande importância para o Serviço Social, em seu processo político-organizativo, a busca pela capacitação e conscientização dos sujeitos, para que se fortaleçam enquanto grupo social e passem a ocupar os espaços institucionais e públicos de saúde possíveis, na intenção de ruptura e quebra de paradigmas referentes a aspectos quanto ao cuidado da saúde da pessoa idosa.

Já em relação ao processo sócio-assistencial, na participação de ações sócio-terapêuticas, como acontece nos Grupos Familiares, por exemplo, o profissional não apenas pode como também deve buscar construir a autonomia dos familiares que cuidam, remetendo-os à participação política dos diversos espaços.

⁶³ Alguns autores citados pela autora, que abordam o tema são: LaPierre (1954), Coutinho (1989), Raichelis (1998), Sposati e Lobo (1992), Bravo e Souza (2005), Simionatto (2005).

Pode-se também realizar ações socioeducativas, levando-os a refletirem sob aspectos da realidade social vivenciada, a partir da intenção de construir conjuntamente alternativas de resolutividade e possibilidades de escolhas racionalizadas (NOGUEIRA; MIOTO, 2007), que lhes instrua a construir sua própria história, enxergando-se, sobretudo como sujeitos de direitos e agentes transformadores da política.

3.5.3 Aprender a cuidar: uma demanda subjetiva⁶⁴

De acordo com a assistente social entrevistada, a demanda principal que chega à equipe multiprofissional do CMI é a necessidade da família de ter o acompanhamento da pessoa idosa. Compreender a dinâmica familiar neste momento se torna importante para que a equipe, a fim de informar e orientar corretamente a respeito dos procedimentos necessários a serem tomados em favor do cuidado à saúde da pessoa idosa.

Para além desta demanda, a profissional identifica uma demanda subjetiva, contudo é facilmente identificada na vida dos familiares, principalmente na daqueles que exercem o cuidado com a saúde da pessoa idosa⁶⁵. Refere-se à dificuldade familiar em lidar com o paciente idoso (que se encontra doente). De acordo com a assistente social, “nem tudo está ao nosso alcance. [...] Agora, se de fato, a família vai conseguir fazer (o que lhe é orientado), aí já não tem mais como a gente decidir, sobre o que eles têm que fazer. Mas as orientações e todas as informações são dadas”.

Tomando como um parâmetro de atuação para a prática profissional do assistente social na área da saúde, o CFESS/CRESS defende a busca profissional pela transformação da realidade, não fazendo uma leitura simplista da realidade das famílias e da saúde da pessoa idosa. Leva-se em consideração um processo de

⁶⁴ Entende-se aqui como demanda subjetiva, determinado problema que se percebe através de um problema anteriormente identificado e visado pelos profissionais. Torna-se uma demanda subjetiva por ser necessária de atenção investigativa e ação interventiva do Serviço Social, levando em consideração nosso projeto ético-político, e por sua importância no processo de atenção integral à saúde da pessoa idosa.

⁶⁵ O cuidador informal é uma pessoa leiga ou um familiar que provê assistência para outros sem remuneração. Geralmente é um membro da família, amigo ou voluntário. “Estas atividades são, geralmente, exercidas de forma descontínua, com substituições deficitárias e com pouca ou predominantemente nenhuma remuneração” (TEIXEIRA, 2008, p. 272). Já o cuidador formal possui capacitação específica em ações cuidativas relativas às demandas de cuidados geriátricos. Geralmente, contratam-se como cuidadores formais fisioterapeutas, enfermeiros, cuidadores com cursos de capacitação e diplomas específicos.

construção de nova ordem societária sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero, o que se aplica ao caso vivenciado com os cuidadores familiares.

Conforme apresentado no Capítulo 2, os modelos que regem a política de saúde tem apresentado uma perspectiva de cuidado baseado em valores e orientações filosóficas e psicológicas, desconsiderando condições sociais, econômicas e culturais das famílias. Ao observarmos os objetivos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por exemplo, e conforme destacam Caetano e Miotto (2011, p. 7), observaremos que:

[...] a política de saúde vem desenhando sua trajetória apoiada na solidariedade naturalizada no campo da família. Observa-se claramente nesses objetivos, que a sociedade é chamada a participar do cuidado partindo da construção de uma rede de compromissos e solidariedade.

Compreende-se que as transformações societárias são consequências do sistema capitalista que gera por si só um complexo de características carregadas de contradições e limitações (PAULO NETTO, 1996; PAULO NETTO, 1992). Essas “mudanças sociais” se expressam essencialmente nas formas de sociabilidade e no interior das famílias, nas pequenas coisas que envolvem a vida dos sujeitos.

Desse modo, o Serviço Social não deve apenas atuar de acordo com o estabelecido nas normas institucionais, mas deve trabalhar a partir das outras potencialidades também identificadas em campo (NOGUEIRA, MIOTTO, 2009).

Assumindo-se o caráter transformador da profissão, bem como o seu papel generalista, na compreensão da realidade, o profissional do Serviço Social precisará atuar na busca por uma leitura ampla da realidade, que nem sempre lhe será aparente, entendendo o complexo de interjeições que circundam o meio e o sujeito. A ação do assistente social deve ser realizada de forma consciente, a fim de materializar na prática cotidiana seu Projeto Ético-Político e Profissional.

3.5.4 O limite institucional e a centralidade da família na responsabilização pelos cuidados da pessoa idosa.

Na prática profissional no CMI, surgem limitações que refletem a contraditoriedade do próprio sistema, e tratam por revelar as rachaduras existentes na condição de implementação da política, na atualidade.

Em entrevista, a assistente social apresentou como limite para a atuação, o problema referente à internação. Embora o Estatuto do Idoso afirme (art. 16) que pessoa idosa, internada ou em observação, tem o direito de ser acompanhada, as condições que são dadas pelo órgão de saúde, nem sempre são adequadas para que ela permaneça integralmente.

Na prática, o que tem ocorrido é que nem sempre ela pode ser acompanhada por familiares, devido ao trabalho destes. Nestes casos, ocorre uma grande demanda por profissionais, como enfermeiros, por exemplo, que fiquem disponíveis para cada paciente internado, resultando num cuidado apenas emergente ou mais críticos, como banho e alimentação. Consequentemente, a pessoa idosa acaba ficando sozinha, em alguns momentos, o que pode lhe colocar em situação de risco dentro o próprio hospital.

Pode-se perceber que há uma problemática quanto ao suporte conferido a família da pessoa idosa nos hospitais, conforme apresentado pela entrevista acima. Tal fato revela o descompromisso por parte do Estado, uma vez que este não está contemplando todas as demandas. Nessa perspectiva, Caetano e Miotto (2011) ressaltam o quanto a família tem ganhado centralidade nos programas das políticas de saúde oferecidas, justificado pelo papel operacionalizador que ela assume, diante da lacuna dos serviços que não estão sendo preenchidos pelo Estado.

Ao prever o direito ao acompanhante e às visitas abertas, com o objetivo de ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde – mantendo concentrado o projeto de vida dos pacientes, acaba contando com a solidariedade familiar para o cuidado. Esta prática traz inquietações sobre as relações que aí estão presentes, pois, nas unidades hospitalares, o acompanhante, frequentemente, é chamado para assumir funções de cuidado ao paciente que deveriam ser executadas por profissionais habilitados. (CAETANO; MIOTTO, 2011, p. 6).

Semelhantemente, Camarano (2013) defende que as famílias têm sido responsabilizadas e sobrecarregadas no que se refere à recuperação da saúde da pessoa idosa.

Embora o artigo refira-se ao direito a acompanhante, os hospitais, em especial os públicos, estão exigindo a presença contínua de um acompanhante. [...] Ou seja, a preocupação do estatuto em “proteger” o idoso e manter os vínculos familiares resulta em mais responsabilidade e sobrecarga sobre os seus familiares. (CAMARANO, 2013, p. 21).

Ainda no contexto do cuidado, a autora evoca uma questão de gênero que se expressa fortemente aqui: a mulher como figura cultural responsável e capaz de exercer o cuidado. “Dados os valores culturais, o cuidado recai sobre a mulher, ou seja, desresponsabiliza o Estado em função de cuidar, mas lhe atribui a responsabilidade de fiscalizar e punir.” (CAMARANO, 2013, p. 21).

Na experiência de campo de estágio, pode-se observar que realmente havia uma visão conversadora sobre o papel da mulher na família, vinculada às desigualdades de gênero. A maioria dos cuidadores familiares participantes do Grupo Familiar eram mulheres e constantemente familiares masculinos se referiam a estas como as responsáveis pelo cuidado com o pai ou a mãe idosa.

É necessário, também, considerar que as composições familiares são diversificadas, que família nem sempre remete a “casa”, e “casa” nem sempre significa refúgio para a pessoa idosa.

O Serviço Social precisa atuar na intenção de romper com os conceitos preconcebidos a respeito do cuidado e de composição familiar, uma vez que uma construção que não reconhece os sujeitos enquanto sujeitos de direito, cria barreiras para o próprio cuidado da pessoa idosa e também interfere na construção humanitária do cuidado à saúde de modo amplo.

3.5.5 Envelhecimento populacional brasileiro: um desafio profissional

Durante a entrevista realizada com a assistente social, esta, ao ser questionada sobre os desafios identificados na atuação do Serviço Social com idosos, e o porquê deles, ela afirmou:

“O desafio é o envelhecimento em si né? O numero de idosos aumentando, a família cada vez com um número mais reduzido de pessoas, muitas vezes o idosos é que sustenta a família com a renda dele [...] E é isso mesmo; a estrutura da família pra conviver com os idosos, principalmente com aqueles mais frágeis, mais dependentes, que tem varias limitações, não só cognitiva, como limitação visual, auditiva, idosos mais dependentes pela perda da funcionalidade”.

“Porque nem tudo a gente vai conseguir, de fato, interferir, resolver. [...] a gente vê que às vezes o tratamento de saúde do idoso não está tendo muito

sucesso como a gente gostaria; a gente vê que é pelo contexto social, pela medicação, não é pela falta à consulta, aos grupos, e sim por essa situação que ele vive diariamente, e que está fora do nosso alcance. Dizer: ‘não porque você tem que pagar uma pessoa pra ficar com seus pais!’, e se a pessoa não puder pagar? Ou então: ‘tem tal lugar que você pode ficar com o idoso’; no DF está reduzido ainda o número de locais como aqui, que, por exemplo, tem o hospital-dia, que são as atividades do coral, da pintura, que o familiar pode, desde que ele (o idoso) esteja acompanhado por algum familiar ou outra pessoa, deixar aqui no período da manhã. Mas e no período da tarde? E no período da noite? Então nesse contexto, a gente não tem total poder de decisão porque não depende só da gente, né? Aí é, de fato, um desafio bem difícil”.

Logo, a mesma identifica que o próprio envelhecimento populacional, em si, já é o desafio pelo qual passa e ainda passará o Serviço Social. Contudo, revela que o motivo não é devido à falta de envolvimento e procura por parte das famílias e das pessoas idosas, uma vez que elas comparecem as atividades necessárias. O que lhes aprofunda na condição na qual vivem estaria associado à questão do uso de medicamentos fortes, que muitas vezes alteram comportamentos e bem-estar da pessoa idosa; e também o contexto social no qual aquela família está inserida, como uma família de baixa renda, por exemplo, que precisa deixar a pessoa idosa com alguém, mas não possui suporte e nem condição financeira para tal.

Com tal expressão de realidade e retrato social, pode-se compreender que as questões que fundamentam os desafios estão relacionadas à um problema primeiro de falta de promoção e prevenção da saúde, sendo o que compõe a atenção básica da saúde em seu primeiro nível.

Sabe-se que o Estado, perante a problemática das demandas advindas do envelhecimento populacional, precisará dar respostas que supram as carências no campo da política – seus investimentos, contingente de profissionais, recursos de trabalho, na questão dos direitos à saúde da pessoa idosa, e que se estende a sua família, enquanto parte integrante e essencial neste processo.

Diante disso, levando em consideração as limitações que vão para além da atuação do Serviço Social, que envolvem aspectos históricos, econômicos, e políticos, uma vez que “as políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas

à lógica econômica” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 15), deve pensar, sobretudo, numa prática sempre comprometida com os direitos dos sujeitos amparados na política, identificando possíveis intervenções, no sentido de trazer à tona a realidade oculta ou aparente, e proporcionando aos sujeitos, condições reais de escolha, a fim de se proporcionar real assistência à saúde, viabilização dos direitos e atuando rumo às mudanças de paradigmas existentes no processo de materialização do SUS.

Vale levantar questionamentos sobre em que medida o Estado é responsável por este processo? Até onde deve ir o cuidado familiar (des)amparado pelo Estado (CAETANO; MIOTO, 2011), para cuidar da (des)proteção da saúde da pessoa idosa? (CAMPELO; PAIVA, 2010); se, de fato, o envelhecimento vem por expressar o desenvolvimento do país, ou este apresenta em sua conformação, como uma questão social - levando em consideração sua forte potencialidade expressa de se gerar “sequelas [geradas pela relação] de exploração de uma classe sobre a outra” (GUERRA, 2009, p. 704).

CONCLUSÃO

Naturalmente, na medida em que o ser humano envelhece, tende a passar por transformações de hábitos, estilo de vida, e também em seu processo biológico. Na área da Saúde, acredita-se que o debate do envelhecimento populacional tornou-se intenso devido ao fato de as doenças cardíacas e cerebrais, principalmente as demências, serem consideradas uma das grandes epidemias do século XXI.

Historicamente o Estado se tornou o mediador e regulador, responsável por criar, programar e executar as políticas sociais, primando pelos direitos dos cidadãos. A questão referente à saúde da pessoa idosa ganhou espaço e importância nas agendas governamentais.

De acordo com estudos, o efeito é que em 2050 existirão aproximadamente cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo (BRASIL, 2007, p.8), o que se torna uma grande demanda, principalmente para os que atuam na execução das políticas de saúde, na prestação de serviços, em busca da efetivação da atenção integral a saúde da pessoa idosa.

Reconhecem-se os avanços no direito à saúde da pessoa idosa ao longo dos anos: inseriram-se nas agendas governamentais prioridades e pactos políticos que priorizam seus direitos (PACTO EM DEFESA DA VIDA, 2005); desenvolveram-se metas e conjunto de ações de promoção e prevenção à saúde (PNAB, 2006); estabeleceram-se novos objetivos e perspectiva sobre a velhice e o envelhecimento (PNSPI, 2006), e outros aspectos referente á atenção à saúde da pessoa idosa. Todos são significativos para a mudança de paradigmas e para o reconhecimento da pessoa idosa. Contudo, não se pode parar por aí, pois a legalização não garante sua efetivação. Deve-se pensar em espaços e debates que ultrapassem as barreiras.

Referente à execução dos serviços ofertados à saúde da pessoa idosa, tem-se o CMI como centro de geriatria do HUB, atuando no nível de atenção de média complexidade, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidas pelo SUS. Desenvolve-se um trabalho multiprofissional, os quais visam à atenção integral à saúde da pessoa idosa bem como o acompanhamento e de suas famílias.

O Serviço Social se insere nesta equipe multiprofissional, sobre o qual se analisou a atuação. Pode-se identificar o trabalho em equipe multiprofissional, com ações profissionais direcionadas à realização de atendimentos, orientações, acompanhamentos e encaminhamentos das pessoas idosas e suas famílias, revelando aspectos institucionais dos usuários e da profissão em si, em suas particularidades, potencialidades, limites e desafios de atuação na saúde.

Diante do exposto mostra-se com a pesquisa que a partir de competências expressas na Lei de Regulamentação da Profissão do Serviço Social, encontram-se aspectos relevantes para a intervenção profissional e também potencializadores para o desenvolvimento de ações profissionais específicas do Serviço Social.

Destaca-se também a importância de ações ligadas à pesquisa, sistematização da prática e elaboração de programas, sob os quais o profissional pode desenvolver competências fundamentais, como por exemplo, a participação da sociedade e o fomento ao controle social, o fortalecimento dos movimentos sociais, a qualificação dos serviços ofertados a partir da elaboração de documentação e base de dados de caráter investigativo e informativo, desvelando a realidade social dos usuários, dentre outros aspectos possíveis de se desenvolverem.

Ressalta-se também que a objetivação das ações profissionais destacadas, compõem os processos de ação político-organizativo, de planejamento e gestão dos serviços sociais e sócio-assistenciais que compõem a prática profissional do assistente social inserido nos espaços ocupacionais de saúde (NOGUEIRA; MIOTO, 2007; MIOTO; NOGUEIRA, 2009; MIOTO, 2009; MIOTO; LIMA, 2009).

As potencialidades encontradas nas competências oferecidas pela lei de regulamentação da profissão (art. 4º) proporcionam ao Serviço Social se destacar enquanto profissão, podendo se desenvolver e conquistar maior autonomia por meio da pesquisa, capacitação, assessoria, organização, fortalecimento da mobilização dos sujeitos, sistematização e documentação da realidade desvendada.

Identificam-se com a pesquisa, questões referentes aos desafios e as limitações vivenciadas não apenas pelo profissional do Serviço Social, mas pela equipe multiprofissional como um todo, que fazem íntima referência com questões como: a responsabilização das famílias, mais especificamente as mulheres, por

parte do Estado quanto ao cuidado do idoso; a ausência de recursos humanos nos serviços de saúde em alta complexidade; e a crescente demanda advinda do processo de envelhecimento populacional da sociedade brasileira.

Perante o exposto, a intervenção do Serviço Social na área da saúde, referente à saúde da pessoa idosa, e em contato direto com as famílias, não deve ser outra, senão de realizar a atuação profissional, indissociável da perspectiva transformadora, intrínseca em seu projeto ético-político profissional.

Deve-se buscar a capacitação dos sujeitos usuários dos serviços, levando-os a compreender a luta de classe e a realidade política referida, de modo que se identifiquem como parte integrante e sujeitos de direitos.

O compromisso do Serviço Social se dará pela aliança que este faz ao princípio de vincular-se ao processo de construção de nova ordem societária, conforme estabelecido em seu Código de Ética Profissional, a fim de fortalecer a voz política das classes, na luta comprometida com a ampliação da cidadania, criação e defesa da democracia e também dos direitos referentes à proteção integral à saúde da pessoa idosa.

Diante do exposto, surgem questionamentos importantes para o debate acadêmico, entre profissionais do Serviço Social, como também entre equipes multiprofissionais que estão em íntimo contato com os direitos de saúde da pessoa idosa, tais como: em que medida o familiar é o responsável pelo cuidado com o familiar idoso, e em que medida o Estado precisa responder às demandas que surgem (não somente do envelhecimento, como das famílias que exercem o cuidado)? Como o Serviço Social pode atuar de forma a contribuir com os desafios apresentados com o envelhecimento populacional brasileiro?

Defende-se a atuação do Estado quanto à proteção integral à saúde da pessoa idosa, a qual se dá também por meio da assistência ao cuidado e saúde das famílias que prestam o cuidado à saúde da pessoa idosa, a fim de evitar o acúmulo e sobrecarga que desenvolvem posteriormente novos processos de doença na vida destes.

O envelhecimento populacional apresenta-se como potencializador das expressões da questão social (como pobreza, desigualdade, miséria, abandono,

maus-tratos, e outros) caso não receba a devida atenção do Estado, por meio de políticas e ações dos Poderes Públicos na tentativa de transformar os paradigmas existentes a respeito do envelhecer, e criar condições para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, que é a base a qual se sustenta a execução da política, bem como a materialização e efetivação das legislações a que se referem à promoção e prevenção na saúde.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=227:pactopelasaude&catid=17:gestaodasaude&Itemid=57>. Acesso em: 13 jun. 2014.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia**: um guia para a iniciação científica. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca Básica do Serviço Social, v. 2).

BRASIL ESCOLA. 2012. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/sociologia/os-anos-80-no-brasil-aspectos-politicos-economicos.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. p. 2569428.

_____. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jan. 1994. p. 77.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 out. 2003. p. 1.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Brasília: MPAS/SAS.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. v. 12. Brasília, 2010. (Série Pactos pela Saúde 2006).

_____. _____. Caderno de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília, n. 19, 2007.

_____. _____. Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999.

_____. _____. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

_____. _____. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 23 fev. 2006.

_____. _____. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Pacto pela Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BRAVO, Maria S. I.; MATOS, Maurílio C. de M. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária**: elementos para o debate. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional, 2006.

CAETANO, Patrícia da S.; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **A família na política de saúde**: considerações sobre sua participação nos serviços de saúde. Pelotas, RS: Diprosul, ago. 2011. p. 1-21.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia. **Estatuto do Idoso**: avanços com contradições. Texto para discussão/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, jun./2013.

CAMPELO, Sálvea de O.; PAIVA. **(Des)proteção à velhice no âmbito do Sistema Único de Saúde**: demandas e desafios ao Serviço Social na contemporaneidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 13., 2010, Brasília, jul./ago., 2010. p. 1-9.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo: FCM/Unicamp, 12 (Sup), p. 1865-1874, 2007.

CARVALHO, Maria do C. Brant. **Famílias e políticas públicas**. Família: redes, laços e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 267-274.

CFESS. **Parâmetros para a atuação dos Assistentes Sociais na política de saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana S. B. **Saúde na atualidade**: por um Sistema Único de Saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UFRJ, Rede Sirius, 2011. p. 56-63.

CONASS. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**, v. 9, p. 18, 2007.

CUIDAR DE IDOSOS. Disponível em: <www.cuidardeidosos.com.br>. Acesso em: 13 jun. 2014.

DEBERT, Guita Grin. **A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade**. Velhice ou Terceira Idade? Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. p. 49-67.

DEMO, Pedro. **Desafios modernos da educação**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Projeção Dieese. Cap. 1: Envelhecimento populacional, crescimento econômico e mercado de trabalho: oportunidades, desafios e avanços recentes. In: **A situação do trabalho no Brasil na primeira década dos anos 2000**. São Paulo, 2012. p. 19-36.

ELY, Fabiana R.. Serviço social e interdisciplinaridade. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 113-117, jan./jun. 2003.

FALEIROS, Vicente de P. Cidadania e direitos da pessoa idosa. **Ser Social**, Brasília, n. 20, p. 35-61, jan./jun. 2007.

FERREIRA, Álida R. S.; WONG, Laura R. Cuidadores informais da população idosa com alguma limitação: estimativas indiretas – Brasil – 2000 a 2015. **Ser Social**, Brasília, n. 20, p. 71-104, jan./jun. 2007.

FRAGA, Cristina K. **A atitude investigativa no trabalho do assistente social**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010.

GASTÃO, Wagner de S. C. **O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde**. Ciência e Saúde Coletiva. FCM/UNICAMP. São Paulo, 2007. p. 1865-1874.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 16, p. 575-580.

GOLDMAN, S. Velhice e direitos sociais. In: GOLDMAN, S. et al (Orgs.). **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/Seção Rio de Janeiro, 2000. p. 13-42.

_____. **Universidade para terceira idade: uma lição de cidadania**. [S.l.]: Elógica, 2003. p. 71.

GOLDMAN, Sara N.; FALEIROS, V. P. Percepções sobre a velhice. In: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. (Orgs.). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2008. p. 23-30. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_415343788.pdf>. Acesso em 26 jun. 2014.

GRATÃO, A. C. M. Proposta de protocolo de assistência de enfermagem ao idoso demenciado. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, p. 879-888, abr. /2014.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. CRESS – 6ª Região. Belo Horizonte, maio, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: **Em questão: atribuições privativas do(a) assistente social**. Brasília: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: **Em questão**: atribuições privativas do assistente social. Brasília: CFESS, 2004.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Estudos & Pesquisa: informação demográfica e socioeconômica, n. 25, 2009.

IPEA. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? In: **Políticas sociais**: acompanhamento e análise. 2. ed. 2008.

MALUF, A. C. R. F. A família na contemporaneidade: aspectos jusfilosóficos. **Revista Trama Interdisciplinar**, São Paulo: Editora: Revistas Mackenzie, v. 3; n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.cmdcamacae.rj.gov.br/download/capacitacao_consulheiro/familia_contemporaneidade.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Intervenção e pesquisa em Serviço Social. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**, Módulo 5. Intervenção e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD-UnB, p.19-29, 2001.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

MIOTO, Regina C. T. **Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias**. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: <xa.yimg.com/kq/groups/22603673/49517938/name/Texto>. Acesso em: 19 jun. 2014

MIOTO, Regina C. T.; LIMA, Telma C. S. de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 22-48, jan./jun. 2009.

MIOTO, Regina C. T.; NOGUEIRA, Vera M. R.. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **Ser Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MIRANDA, Danilo S. de. **Socialização e participação dos idosos**: o caso Sesc. Perspectiva social do envelhecimento. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

NOGUEIRA, Vera M. R.; MIOTO, Regina C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da saúde. In: **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 2 ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

OLIVEIRA, G. A. **Diário de Campo de Estágio Supervisionado I**. Brasília, 2011

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap.15, p. 547-571.

PAPALÉO NETTO, Matheus. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 2-12.

PASTANA, Luciane P. **Velhice e ação política**: os movimentos sociais e as políticas públicas do idoso no Brasil. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 2., out./2005.

PAULINO, Luciana F. O fenômeno de envelhecimento populacional no Brasil e a participação do serviço social. **Em debate** (PUCRJ. Online), v. 7, p.01-24, 2009.

PAULO NETTO, José. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social**. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 1999. p. 1-22. Disponível em: <<http://poteresocial.com.br/blog/?p=190>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Transformações societárias e Serviço Social**: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 50, ano XVII, 1996.

PEIXOTO, Clarice. **Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios**: velho, velhice, idoso, terceira idade. Velhice ou terceira idade? Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 69-84, 2007.

PEKELMAN, Renata. **A construção da interdisciplinaridade na atenção primária em saúde através da experiência pedagógica do currículo integrado**. Porto Alegre, 2010. – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas nos Serviços de Saúde.

PEREIRA, Potyara A. P. Formação em Serviço Social, política social e envelhecimento populacional. **Ser Social**, Brasília, n. 21, p. 241-257, jul./dez. 2007.

_____. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PISÓN, J. M. de. **Políticas de bienestar: un estudio sobre los derechos sociales**. Madrid:editorial ttecnos, 1998.

QUEIROGA, Mariana M. **Implicações do neoliberalismo na política social brasileira: o modelo de proteção social do Governo Lula**. Brasília: UnB, 2006.

RAMOS, Marília P. Apoio Social e Saúde entre Idosos. **Sociologia**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan./jun. 2002, p.156-175.

REVISTA EM DISCUSSÃO. **Centro de medicina de Brasília se destaca por qualidade no atendimento a idosos**. Agosto/2010. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/revista-em-discussao-edicao-agosto-2010/materias/centro-de-medicina-de-brasilia-se-destaca-por-qualidade-no-atendimento-a-idosos.aspx>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

SANTOS, Cláudia M. dos. **Os instrumentos e técnicas: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

SANTOS, Cláudia Mônica dos; NORONHA, Karine. O estado da arte sobre os instrumentos e técnicas na intervenção profissional do Assistente Social – uma perspectiva crítica. In: **Serviço Social: temas, textos e contextos**. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2010.

SAYEG, N. A. **Questão do envelhecimento no Brasil**. O mundo da saúde. São Paulo, v. 21, n. 4, p. 196-198, 1997.

SIMÕES, Celso C. da S.; OLIVEIRA, Luiz Antônio Pereira de. O processo demográfico brasileiro. In: **Atlas Nacional do Brasil**. Sociedade e Economia. IBGE, Diretoria de Geociências, 2010. cap. 5, p. 113-122.

SISAP IDOSO. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=polit>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

SOUZA, Marcelo Medeiros C. **A importância de se conhecer melhor as famílias para elaboração de políticas sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: IPEA 2000.

TACHIZAWA, T.; MENDES, G. **Como fazer monografia na prática**. 12. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

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

TORRETTA, Ester T. Política social nos embalos da crise do capital. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 30, p. 253- 277, 2º sem./2012.

TRINDADE, Rosa Predes. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. **Revista Temporalis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 21-42, 2001.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Hospital Universitário de Brasília. Centro de Medicina do Idoso. **Informações sobre o HUB e CMI**. Disponível em: <http://www.unb.br/unidades_academicas/centro_de_pesquisa>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. _____. **Hospital Universitário de Brasília**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/institucional.html>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

_____. _____. **Missão**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/usuarios/Institucional/missao.html>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

_____. _____. **Visão**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/usuarios/Institucional/missao.html>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

_____. **Terceira idade**: Centro de Medicina do Idoso (CMI). Disponível em: <http://www.unb.br/servicos/terceira_idade>. Acesso em: 19 jun. 2014.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 54, p. 132-157. São Paulo: Cortez, 1997.

VIEIRA, Karen S. de Almeida. **Setor público não-estatal: (des)caminhos do controle e da equidade no acesso aos serviços de saúde**. Brasília, 2005. Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. Mestrado em Política Social.

VIEIRA, Karen S. de Almeida. Setor público não-estatal: (des)caminhos do controle e da equidade no acesso aos serviços das organizações sociais de saúde. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 4, n. 2, p. 49-57, jun./dez. 2006. Disponível em: <<https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RBEU/article/view/966/798>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

VILAÇA, Márcio L. C. Pesquisa e ensino: considerações e reflexões. **Escrita Revista do Curso de Letras da UNIABEU**, Nilópolis, v. 1, n. 2, maio/ago. 2010.

VILAÇA-MENDES, E. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: VILAÇA-MENDES, E. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.