

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**PROTEÇÃO SOCIAL: RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA OU DO
ESTADO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO?**

JANAINA GONÇALVES SILVA

**FLORIANÓPOLIS
2010/2**

JANAINA GONÇALVES SILVA

**PROTEÇÃO SOCIAL: RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA OU DE
ESTADONO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Serviço Social da Universidade Federal de
Santa Catarina como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharelado em Serviço Social.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Helenara Silveira Fagundes

**FLORIANÓPOLIS
2010/2**

JANAINA GONÇALVES SILVA

**PROTEÇÃO SOCIAL: RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA OU DO ESTADO NO
PROCESSO DE ENVELHECIMENTO?**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

BANCA EXAMINADORA

Helenara

Prof^a. Dr^a. Helenara Silveira Fagundes (UFSC)

**Presidente da Banca
Orientadora**

Regina Célia

Prof^a. Dr^a. Regina Célia Tamasso Mioto (UFSC)

1º Membro Examinador

Depto de Serviço Social
Defendido e Aprovado TCC

Em 08/12/2010

Maria

Assistente Social Maria Aparecida Ferreira Fagundes (HU/UFSC)

2º Membro Examinador

Rosana Maria Gaio

Rosana Maria Gaio
Coord. de Estágio e TCC
Curso de Serviço Social/CSE/UFSC

Florianópolis, dezembro de 2010.

DEDICO

A Deus e ao meu Anjo da Guarda, pela proteção, sabedoria e saúde.

Ao meu filho Rodrigo pela compreensão, amor e carinho; ao meu companheiro de todas as horas Volnei, que me deu força para percorrer esse caminho, pelo seu amor e compreensão; à minha mãe Valdira e meu pai Delamar que não me deixaram desistir de conquistar meus sonhos, pelo amor dedicado e pela educação que me oportunizaram. Aos meus irmãos Alexander e Leonardo, que me deram força para continuar meus estudos. Aos meus avós Maria e Argentino pelo amor e dedicação. A todos que fazem parte da minha vida.

*“É preciso amar as pessoas
Como se não houvesse amanhã
Porque se você parar pra pensar,
Na verdade não há”*

Renato Russo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e ao meu Anjo da Guarda por terem me oportunizado esta vida, por me conceder saúde, proteção e sabedoria.

À minha família; minha mãe Valdira por ter contribuído com meu processo de aprendizado de vida, pela força do dia-a-dia e por sua dedicação e amor; ao meu pai Delamar por alimentar meu espírito crítico, com seus questionamentos e colocações, também por seu amor e dedicação; aos meus queridos irmãos Alex e Leonardo que me deram força para continuar estudando; aos meus avós maternos Maria e Argentino que me dedicam amor e carinho; aos meus avós paternos Ida, que já não está mas entre nós, mas onde quer que esteja está feliz pelas minhas conquistas, e Dácio por ainda fazer parte de minha vida.

À família que constitui com as pessoas que amo, Volnei, por ser meu eterno companheiro, pelo amor dedicado, carinho e compreensão; e ao meu filho Rodrigo pelo seu carinho, amor e compreensão por quando não pude ajudar nos deveres ou fazê-lo dormir; obrigada por fazerem parte da minha vida.

Aos meus amigos pelas alegrias e tristezas divididas e compartilhadas, obrigada.

Aos colegas de turma por fazerem parte do processo de formação, compartilhando angústias e alívios de um trabalho não terminado, ou de uma prova por fazer.

Às amigas conquistadas durante o curso, que permanecerão para sempre na lembrança de tempos inesquecíveis.

À Maria Aparecida minha supervisora “super” de campo no período de estágio, que muito me ensinou e contribuiu para minha formação, não só como profissional, mas também como pessoa. Obrigada.

À todas as assistentes sociais do HU, Tayana, Mariana, Valda, Rosilda, Fran, Carmem, Michele, Andréia e Camile, por também fazerem parte desse processo de formação e aprendizado, obrigada. Também as bolsistas e demais estagiários.

Às estagiárias do HU que compartilharam de perto comigo a experiência de estágio e minhas angústias, Emmanulle, Tatiana e Núbia. Obrigada, pelo companheirismo e amizade.

Agradeço também a toda equipe de profissionais da Clínica Médica III do HU onde o estágio se efetivou, bem como os usuários, pela receptividade e confiança em mim depositada.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Helenara Fagundes por ter aceitado ao meu convite, pela disponibilidade em realizar as orientações, pela valiosa contribuição ao processo de formação e pelo comprometimento. Obrigada.

Agradeço aos professores do Departamento de Serviço Social, que possibilitaram uma formação acadêmica crítica, contribuindo assim para elaboração deste trabalho, através da reflexão acerca da prática profissional.

RESUMO

SILVA, Janaina Gonçalves. **Proteção Social:** Responsabilidade da Família ou do Estado no processo de envelhecimento? Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso se apresenta com o objetivo de analisar as relações familiares frente o processo de envelhecimento quando na necessidade de cuidados específicos para com o idoso. Processo que se deu através de experiências vivenciadas durante o período de estágio; junto aos idosos internados na Clínica Médica III do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, atendidos pelo Serviço Social; que possibilitaram realizar uma reflexão acerca das formas como a proteção social ao idoso e as famílias tem sido tratada em nossa sociedade.

A realização do estudo foi possível através da observação das intervenções realizadas pelo Serviço Social junto aos idosos e seus familiares. Nesse sentido, a análise se fundamentou em uma abordagem qualitativa, que buscou compreender as demandas apresentadas pelos usuários idosos e seus familiares, em sua totalidade, ao considerar que estes são sujeitos de direitos envolvidos e parte integrante das relações sociais de uma sociedade capitalista.

Pontuando as políticas públicas sociais e as redes de proteção social de atendimento à população idoso, bem como a forma como o Estado tem responsabilizado as famílias e outros segmentos da sociedade pelo provimento das necessidades dos sujeitos, neste estudo, mais especificamente as necessidades da pessoa idosa.

Palavras chave: Idoso, Família, Cuidado, Proteção Social e Responsabilização.

RESUMEN

Silva, Gonçalves Janaina. **Protección Social:** Responsabilidad de la familia o el Estado en el proceso de envejecimiento? Fin del trabajo del curso (Licenciado en Trabajo Social). Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Este trabajo Fin de curso se presenta con el fin de analizar las relaciones de la familia antes de que el proceso de envejecimiento al que necesitan atención específica a las personas mayores. Proceso que fue a través de la experiencia durante el período de prueba, con las personas de edad ingresados en la III Clínica Médica del Hospital Universitario Polydoro Ernani de São Thiago, asistido por los Servicios Sociales, es posible llevar a cabo una reflexión sobre las formas en que la protección social para los ancianos y las familias han sido tratados en nuestra sociedad.

La realización del estudio se logró mediante la observación de las intervenciones realizadas por la Obra Social con las personas mayores y sus familias. En este sentido, el análisis se basó en un enfoque cualitativo, cuyo objetivo es entender las demandas presentadas por las personas mayores y familias, en todo caso, teniendo en cuenta que estos son temas de los derechos involucrados y una parte integral de las relaciones sociales en una sociedad capitalista.

Puntuando públicas las redes de seguridad social y servicios sociales a la población de edad avanzada, así como cómo el estado ha culpado a las familias y otros sectores de la sociedad, proporcionando a las necesidades de los sujetos de este estudio, más específicamente las necesidades de las personas mayores.

Palabras clave: Ancianos, la Familia, Atención, Protección y Responsabilidad Social.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões
CRAES - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRAS - Centros de Referência da Assistência Social
CNDI - Conferência Nacional dos Direitos do Idoso
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CEFSS - Conselho Federal de Serviço Social
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
Dataprev - Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social
FUNRURAL- Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GTH - Grupo de Trabalho da Humanização
HU - Hospital Universitário
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
ILPIs - Instituições de Longa Permanência para Idosos
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INSS - Instituto Nacional de Seguro Social
LBA - Legião Brasileira de Assistência
LEVA - Laboratório de Estudos da Voz e Audição
LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MARE - Ministério da Administração e da Reforma do Estado
MEC - Ministério da Educação e Cultura
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MPS - Ministério da Previdência Social
NIPEG - Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica
OMS - Organização Mundial de Saúde
OSCIP's - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAIF - Programa de Atenção Integral às Famílias

PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PNI - Política Nacional do Idoso
PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PDRE/ - Plano Diretor de Reforma do Estado
RENADI - Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa
RGPS - Regime Geral de Previdência Social
RMV - Renda Mensal Vitalícia
RPPS - Regime Próprio de Previdência Social
SC – Santa Catarina
SESC - Serviço Social do Comércio
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
TFD - Tratamento Fora de Domicílio
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA ATUALIDADE: AVANÇOS E DESAFIOS.....	14
1.1 Políticas Públicas/Sociais de Atenção à Pessoa Idosa.....	14
1.2 Rede de Proteção Social à Pessoa Idosa.....	26
1.3 O Estado, a Família e a Sociedade Civil no enfrentamento do processo de envelhecimento na contemporaneidade.....	33
2 SITUANDO O ESPAÇO INSTITUCIONAL DE ESTÁGIO.....	40
2.1 Hospital Universitário – HU.....	40
2.2 O Serviço Social: processos interventivos e seus referenciais.....	44
3 ANÁLISE SITUACIONAL DE EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO: O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS RELAÇÕES FAMILIARES PERANTE O CUIDADO.....	52
3.1 Processo interventivo do Serviço Social junto as demandas apresentadas pelos idosos e seus familiares.....	52
3.2 Responsabilização da família perante o cuidado: quais fatores tem sido considerados no processo interventivo de proteção social à pessoa idosa?	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICE A – Relatório de Atividade Específica – Estágio Obrigatório I.....	76
APÊNDICE B – Atividade desenvolvida para Disciplina de Serviço Social – Desafios profissionais contemporâneos: Envelhecimento: Implicações para a proteção social no Brasil – Código: DSS5120	82

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de conclusão de Curso: **“Proteção Social: Responsabilidade da família ou do Estado no processo de envelhecimento?”** é resultado das experiências vivenciadas durante o período de estágio curricular obrigatório I e II do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina; junto aos idosos internados na Clínica Médica III do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, atendidos pelo Serviço Social; que possibilitaram realizar uma reflexão acerca das formas como a proteção social ao segmento idoso e a família tem sido tratada em nossa sociedade.

A experiência de estágio nesta instituição possibilitou identificar a maneira como a intervenção profissional se dá junto aos usuários idosos e seus familiares, na busca pela viabilização e garantia dos direitos de acesso aos serviços sociais disponíveis pela rede de proteção social, de um atendimento condizente com os preconizados pelas políticas sociais e pelo aparato legal direcionado ao segmento idoso, bem como o atendimento das necessidades mais emergências que se fazem presentes no cotidiano profissional do assistente social, num contexto hospitalar. Isto associado às condições sócio-econômicas e emocionais das famílias em cuidar dos idosos.

O processo de envelhecimento da população é um fenômeno irreversível e inegável para a realidade mundial, no Brasil esta configuração não se dá de maneira diferente, o que vem contribuindo para a elevação das discussões e produções referentes ao tema, isto decorrente do crescimento significativo das demandas postas as instituições voltadas ao atendimento do segmento idoso, nas diferentes políticas públicas sociais. Configurando-se em um problema social, econômico e político, demandando do Estado e da sociedade respostas condizentes com suas necessidades.

Diante da complexidade que este tema comporta na realidade social, o estudo se constitui a partir de pesquisa bibliográfica e documental. Sendo estes elementos caracterizados por materiais já produzidos e publicados.

Na pesquisa bibliográfica foram utilizados materiais de aporte teórico referentes ao processo de envelhecimento, família, direitos sociais e proteção social direcionadas ao idoso e a família, os processos sócio-organizativos do Serviço Social e prática profissional junto ao segmento familiar, bem como artigos e periódicos destinados a esta temática. Destaque também para utilização da Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, a Constituição Federal, entre outros. Já o recorte empírico é constituído por documentos institucionais, pela

observação das intervenções realizadas, pelo Serviço Social, junto aos usuários, bem como nas demandas apresentadas por estes durante a realização do Grupo de Acolhimento.

Cabe destacar que este trabalho encontra-se estruturado por três seções, que procuram compreender a dinâmica do processo de envelhecimento e as relações familiares perante a necessidade do cuidado.

A primeira seção se faz com o propósito de contextualizar o processo de envelhecimento, pontuando os avanços e desafios que este fenômeno tem refletido na atualidade. Para isso abordará as especificidades do processo de envelhecimento e o contexto social, político e econômica em que as políticas públicas sociais, direcionadas ao segmento idoso, estão se efetivando. Também propõe apresentar as configurações da rede de proteção social à pessoa idosa no Brasil. E por fim apontar a forma como o Estado tem efetivado sua intervenção, no sentido de responder as demandas dos idosos.

Na segunda seção será apresentada a instituição onde o estágio ocorreu, sua história, suas características, princípios de atuação, bem como sua finalidade enquanto instituição de saúde e de ensino. E demarcando o lugar do Serviço Social nesta instituição, seus objetivos, programas de atuação, seus referenciais e procedimentos para intervenção profissional.

Por seguinte a terceira seção é construída com o intuito de tecer uma análise situacional de experiências vivenciadas durante o período de estágio, pontuando a intervenção profissional do assistente social junto às demandas apresentadas pelos idosos e seus familiares durante o processo de internação. Com isso, traçar um contraponto entre o aparato legal, as necessidades/dificuldades das famílias e dos idosos no sentido do cuidado, a forma como o Estado tem responsabilizado a família pela proteção social, e o que, no processo de intervenção realizado pelo Serviço Social tem sido considerado.

Por fim, tecer as considerações finais, no sentido de pôr em debate tanto no âmbito acadêmico, quanto profissional à necessidade de se discutir as formas de atuação junto ao idoso e seus familiares, no intuito de qualificar as respostas as demandas apresentadas. E ainda poder levar essas discussões para espaços de luta coletiva, para que as políticas públicas sociais possam ser qualificadas a ponto de conter o teor necessário de proteção social as famílias e aos idosos.

SEÇÃO I

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA ATUALIDADE: AVANÇOS E DESAFIOS

Atualmente se evidencia um aumento significativo na expectativa de vida da população a nível mundial, especialmente aquele referente ao segmento etário acima de 60 anos, o que tem configurado o fenômeno do envelhecimento como um problema social, econômico e político, demandando do Estado e da sociedade respostas condizentes com suas necessidades.

Sendo assim esta seção propõe-se apresentar algumas respostas às demandas recorrentes a este fenômeno, principalmente ao que se refere à realidade brasileira. Analisando as Políticas Públicas de Atenção e Redes de Proteção Social à Pessoa Idosa, considerando o contexto sócio-histórico e político do país.

1.1 Políticas Públicas/Sociais de Atenção à Pessoa Idosa

O processo de envelhecimento da população tem sido compreendido como um fenômeno social irreversível e inegável para a realidade mundial, devido ao crescimento mais acelerado deste segmento em relação a outros grupos etários. Isto ocorre principalmente nos países mais desenvolvidos, onde os índices de mortalidade e fecundidade tornam-se cada vez menores.

Nos países desenvolvidos o fenômeno do envelhecimento tem se dado gradualmente, possibilitando aos poderes públicos direcionar de maneira mais adequada suas ações referentes a este tema, como o planejamento de políticas e ações voltadas ao atendimento das demandas postas pelos idosos. Já os países em desenvolvimento estão enfrentando o envelhecimento populacional simultaneamente ao seu processo de desenvolvimento, tendo que atender as demandas deste segmento ao mesmo tempo em que enfrenta um agravamento dos problemas sociais e grandes desigualdades (BORGES, 2003).

Em um contexto, em que as ações do Estado encontram-se centradas nas exigências das agências internacionais, para que este intervenha o mínimo possível na área social, transferindo sua responsabilidade ao mercado e a sociedade civil. Estando isto evidenciado nos estudos de Montaño (2001), ao elencar elementos que apontam a direção que o Estado tem dado às políticas sociais onde;

Por um lado, elas são retiradas paulatinamente da órbita do Estado, sendo privatizadas: transferidas ao mercado e/ou alocadas na sociedade civil. Por sua vez, essas políticas sociais estatais são focalizadas, isto é, dirigidas exclusivamente aos setores portadores de carências pontuais, com necessidades básicas insatisfeitas. Finalmente, elas são também descentralizadas administrativamente; o que implica apenas numa desconcentração financeira e executiva, mantendo uma centralização normativa e política. (MONTAÑO, 2001, p. 55).

No Brasil, as conquistas por políticas sociais direcionadas à pessoa idosa tiveram sempre como pano de fundo as lutas dos movimentos sociais, num primeiro momento, realizadas pelos operários da República Velha, em 1923, que exigiam do Estado um sistema que garantisse segurança ao fim de uma vida produtiva, dando origem ao primeiro sistema previdenciário¹ brasileiro, que culminou progressivamente ao sistema atual. Não foi diferente com a Política de Saúde à Pessoa Idosa, a Política de Assistência Social e a Política Nacional do Idoso, todas, conquistas dos movimentos sociais, em que o segmento idoso configurou-se como protagonista desse processo.

Diante deste contexto cabe discutir as políticas públicas/sociais, nas quais a população idosa encontra seus direitos expostos, através de serviço e benefícios que atendam suas demandas, tão emergentes nos dias atuais; colocando-se como novas expressões da questão social², que devem ser debatidas e refletidas considerando a totalidade destas, tal como se expressam na realidade. Para isso se faz necessário voltar um pouco na história, mesmo que recente, para entender a dinâmica de proteção social oferecida pelo Estado, a partir de suas primeiras iniciativas governamentais de enfrentamento do processo de envelhecimento da população.

¹ O atual sistema previdenciário teve sua origem marcada com a promulgação da Lei Eloy Chaves, com o Decreto – lei 4.682 de 1923, que contou com a participação efetiva do proletariado em sua construção. Sendo que esta não se direcionava aos trabalhadores em geral, mas a alguns segmentos mais organizados destes. Instituiu-se assim, um fundo especial de aposentadorias e pensões, a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Mais tarde surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IPAs), que ampliaram um pouco mais o acesso a outras categorias profissionais, além de contar com mais benefícios e serviços que o anterior, incluindo o auxílio-doença e auxílio-funeral.

² Atualmente a questão social, com base na conjuntura atual de precarização, refilantropização, focalização das ações sociais, tem assumido novas expressões, entre elas destacasse a insegurança e vulnerabilidade no trabalho, desemprego, saúde, violência, o envelhecimento sem recursos, entre tantas outras. Situações que o assistente social convive cotidianamente em seus espaços sócio-ocupacionais, sejam eles públicos ou privados (YASBEK, 2009).

Tratando assim, da Política Previdenciária, da Política de Assistência Social, da Política de Saúde e da Política Nacional do Idoso, sendo que as três primeiras congregam o Tripé da Política de Seguridade Social, instituída pela Constituição Federal de 1988, configurando-se como importante aparato legal na garantia dos direitos sociais da população brasileira. Pressupondo os princípios de universalidade, equidade e descentralização referente aos direitos, elencados constitucionalmente, como exposto no artigo 194 em que;

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 (BRASIL, 1988).

A política previdenciária no Brasil tem assegurado, ao longo de décadas, à classe trabalhadora o direito de ter rendimento quando na incapacidade de prover seu sustento. É por tanto no ano de 1960 que o governo brasileiro através da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) – lei nº 3.807/60 organiza esta política, dando início ao processo de unificação da Previdência Social. Nesta mesma década incorpora as reivindicações da classe trabalhadora e estabelece como requisito único de aposentadoria o período de 35 anos de serviço; criando em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que unificou e uniformizou os planos de benefícios, com ênfase na medicina curativa. Somente em 1971 os benefícios previdenciários foram estendidos aos trabalhadores rurais, através do FUNRURAL; no ano seguinte aos empregados domésticos e em 1973 aos trabalhadores autônomos.

Ainda na década de 1960, faz-se necessário destacar, que o primeiro movimento realizado de maneira organizada pela sociedade, com a perspectiva de dar visibilidade às questões referentes à velhice, teve início com o Serviço Social do Comércio (SESC) junto a grupos de idosos da cidade de São Paulo, que trouxeram para o debate as modificações que o processo de envelhecimento vinha imprimindo na dinâmica familiar. As ações realizadas por essa instituição apresentaram um novo olhar para a questão do envelhecimento, desviando este do atendimento unicamente asilar daquele período, proporcionando debates mais amplos sobre o tema.

Foi com um grupo do SESC, juntamente com outros grupos de idosos, como representantes deste segmento, que estes ganharam pela primeira vez visibilidade como organização social, ao reivindicarem revisão das aposentadorias. Este momento histórico, tanto para a sociedade, quanto especificamente para os idosos, é de significativa importância, pois traz para agenda governamental a necessidade de discutir e propor alternativas de enfrentamento, como exposto por Borges (2003), quando afirma que;

Surgiram, assim, os primeiros movimentos sociais com objetivo de trazer à tona a situação dos mais velhos, quando os próprios membros de grupos de idosos organizados passaram a buscar parcerias junto a instituições como o Sesc, o Sesi, a LBA e o Ministério da Previdência e Assistência Social, no sentido de se organizar e refletir sobre os seus direitos e, ainda, fazendo pressões políticas (BORGES, 2003, p. 99).

Nesta direção cabe ressaltar que as primeiras iniciativas do governo federal brasileiro, relacionadas à Previdência Social direcionadas especificamente à população idosa ocorreram no ano de 1974³, por intermédio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da sociedade civil, a partir de ações preventivas em centros sociais e através de internação custodial. Direcionadas restritamente para aposentados e pensionistas a partir de 60 anos cujo desgaste físico ou mental, a insuficiência de recursos próprios ou familiares e a inexistência ou abandono familiar fossem constatados. Outra iniciativa se dá com a criação da renda mensal vitalícia (RMV)⁴, assegurada aos indivíduos com mais de 70 anos, que possuíssem filiação com o regime do INPS por no mínimo 12 meses, sem condições de subsistência, além de não poder estar recebendo nenhum outro benefício previdenciário. O valor deste auxílio era de 50% do salário mínimo vigente no período. Mais tarde esse benefício foi integrado pela Assistência Social e hoje compreende o Benefício de Prestação Continuada (BPC) com suas devidas modificações.

Em 1976 o governo percebendo a necessidade de discutir a questão do envelhecimento acelerado da população, diante da emergência que o segmento idoso vinha apresentando, solicitou um estudo a cerca da realidade da velhice no Brasil. Este processo culminou na realização de três seminários em diferentes Estados da federação, resultando no I Seminário Nacional sobre Política Social direcionada ao idoso. Onde propostas⁵ para o enfrentamento do envelhecimento populacional foram elencadas, como:

- Implementação de um sistema de mobilização comunitária visando, entre outros objetivos, à manutenção do idoso na família;
- Revisão de critérios para concessão e subvenções a entidades que abrigam idosos e criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar;

³ Através da Portaria 82, de 4 de julho de 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

⁴ Instituída a renda mensal vitalícia pela LEI N° 6.179 - de 11 de Dezembro de 1974 – Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), onde consta o artigo 1 - “Os maiores de 70 (setenta) anos de idade e os inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, num ou noutro caso, não exerçam atividade remunerada, não auferirem rendimento, sob qualquer forma, superior ao valor da renda mensal fixada no artigo 2, não sejam mantidos por pessoas de quem dependam obrigatoriamente e não tenham outro meio de prover ao próprio sustento, passam a ser amparados pela Previdência Social, urbana ou rural, conforme o caso” (BRASIL, 1974).

⁵ Propostas estas encontradas em: MPAS – diretrizes para uma Política Nacional para a 3ª Idade. Brasília: MPAS, 1976.

- Revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria;
- Formação de recursos humanos para o atendimento de idosos;
- Coleta de informações e análises sobre a situação do idoso, pelo serviço de Processamento de Dados da Previdência e Assistência Social (Dataprev), em colaboração com a Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE).

Neste período e com base nas propostas apresentadas, o governo federal realiza reformulações interventivas de forma a definir o atendimento das demandas referentes ao processo de envelhecimento, sobre os padrões da Previdência Social e da Assistência Social. Com isso a assistência social passa a ter maior expressividade diante da necessidade de respostas a este fenômeno. As medidas decorrentes desse processo de reformulações transferem a responsabilidade, de ações anteriormente de competência do MPAS, para a Legião Brasileira de Assistência (LBA), bem como o desenvolvimento de programas de assistência social, inclusive os relacionados à população idosa. Compreendendo as ações de atendimento à população idosa, realizadas pela LBA, destacam-se os projetos Conviver e o Asilar, que atuavam por meio de convênios com instituições filantrópicas e/ou particulares, contando com cerca de 1.200 entidades e 2.600 municípios. No entanto, as ações realizadas por esses órgãos mantiveram o caráter focalizado e precarizado dos serviços, reforçando a necessidade de vínculo contributivo ou a relação de vulnerabilidade social do indivíduo como requisito para o acesso aos benefícios sociais. Essas mudanças empreendidas pelas propostas governamentais, não contemplaram as reivindicações dos aposentados e pensionistas, que compunham o segmento organizado daquele período na luta pelo direito de ter uma velhice digna.

Ao final dos anos de 1970 e durante a década de 1980 os movimentos da sociedade na luta por direitos sociais em todo o mundo, imprimiram no Brasil a necessidade de uma luta coletiva de valorização do processo de envelhecimento, de forma que a questão da velhice pudesse fazer parte da agenda de reivindicações no processo de redemocratização da sociedade brasileira, que ainda lutava contra o regime ditatorial que assolou o país por décadas. Neste processo tiveram protagonismo fundamental os movimentos organizados dos trabalhadores, aposentados e pensionistas, no debate das questões previdenciárias que se faziam presentes. Culminando assim, no fortalecimento da proposta de proteção social aos

cidadãos brasileiros, incorporando a previdência social, a nova Política de Seguridade Social⁶ instituída pela Constituição Federal de 1988, juntamente com a assistência social e à saúde.

Diante deste processo de redemocratização da sociedade brasileira o tema idoso entra em pauta na elaboração da Carta Constituinte de 1988, tendo como referência as orientações da Assembléia de Viena⁷, que ganha corpo nos artigos 203 e 204 que compõem a capítulo da Seguridade Social, preconizando direitos sociais a este segmento.

A partir de então a Previdência Social se constitui como um seguro social⁸, no sentido de garantir renda ao trabalhador e sua família, em situações que lhe impeçam de trabalhar temporária ou definitivamente por motivo de doença, invalidez, acidente, morte e/ou velhice. Sendo a mesma de caráter contributivo e de filiação obrigatória, regido por dois regimes distintos, o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) – que cobre trabalhadores do setor privado e o Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) – aos servidores públicos. Condições que compõem o artigo 201 “A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei” (BRASIL, 1988, art. 201)

Os benefícios previdenciários mais acessados pelos idosos são: as aposentadorias (por invalidez, contribuição e idade) e as pensões. O acesso a aposentadoria por idade, sendo esta a mais recorrente entre o segmento idoso, pois pressupõe que o beneficiário, se mulher tenha 60 anos e se homem 65 anos, além de possuir no mínimo 15 anos de contribuições para com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)⁹, autarquia federada vinculado ao Ministério da

⁶ O conceito de Seguridade Social compreende aquele empregado pela Constituição de 1988, fundamentado no modelo de William Beveridge, o qual inclui todos os cidadãos e todas as necessidades sociais da vida moderna em seu Plano de Seguridade Social. No entanto, “O conceito de Seguridade abraçado pela Constituição Federal de 1988 è restrita e acanhada, se comparado com o esquema concebido por Beveridge, em 1942. Assim, enquanto o esquema beveridgiano inclui, ao lado de um programa unificado e amplo de Seguro Social, a saúde, a assistência, a reabilitação, a pensão às crianças, o treinamento profissional e a sustentação ao emprego (Beveridge, 1943), o esquema brasileiro restringe-se à Previdência, à Saúde e à Assistência Social” (PEREIRA, 1998, p.66).

⁷ Evento este denominado I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, celebrado na cidade de Viena na França no ano de 1982. Originou o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, documento que norteou ações referentes ao processo de envelhecimento, como na formulação de iniciativas e políticas públicas, nos últimos 20 anos, com base nas questões de independência, participação, dos cuidados, a auto-realização e da dignidade.

⁸ O seguro social, aqui compreendido a partir do modelo bismarckiano cujas características se assemelham à de seguros privados, dirigido aos trabalhadores e familiares em situação de risco pela perda do trabalho assalariado, o acesso aos benefícios é condicionado pela contribuição de empregados e empregadores e estruturados em caixas de risco social como: as caixas de aposentadorias, de seguro-saúde, entre outros (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

⁹ Instituto este criado pelo (Decreto nº 99.350 de 27 de junho de 1990) após a extinção do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e criação do Ministério do Trabalho e Previdência Social (Lei nº 8.029

Previdência Social (MPS). Critérios estes regulamentados pelo Plano de Benefícios da Previdência Social, sob Lei nº 8.213 de 1991 em seu artigo 48 quando estabelece que, “A aposentadoria por idade será devida ao segurado que, cumprida a carência exigida nesta lei, completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem, ou 60 (sessenta), se mulher. (redação dada pela Lei nº 9.032 de 1995)” (BRASIL, 1991). Sendo este o padrão previdenciário recorrente atualmente.

Somente com a Constituição Federal de 1988, a Assistência Social passa a ser considerada como política pública de proteção social, de direito do cidadão e dever do Estado; além de congrega o tripé da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e a Previdência Social. Sendo esta uma política não contributiva, pautada pelos princípios de seletividade e universalidade na gratuidade de benefícios e serviços, com modelo descentralizado de gestão pública e de participação social na formulação de políticas sociais. Os objetivos desta política estão pautados pelo artigo 203 da Constituição Federal, ao estabelecer que;

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivo:

- I) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II) o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV) a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V) a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei” (BRASIL, 1988).

A partir de então a assistência social passa a compor medidas mais efetivas de enfrentamento das expressões da questão social, formulando assim, em 1993 a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)¹⁰. Apresentando a organização das políticas de assistência social, em que as três esferas da federação serão responsáveis pelos programas, projetos e políticas de assistência social. Contudo, será a esfera municipal que se configurará como fundamental no processo de implantação e execução das políticas sociais, garantindo maior eficácia no atendimento das necessidades da população, através da promoção e proteção, no repasse dos benefícios sociais.

Com a implementação da LOAS, é criado o Benefício de Prestação Continuada (BPC), considerado como um dos principais benefícios de redistribuição de renda, voltado à pessoa

de 12 de abril de 1990), que mais tarde receberia a nomenclatura de Ministério da Previdência Social (Lei nº 10.683 de 28 de maio de 2003).

¹⁰ LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993), dispondendo sobre a organização da assistência social.

idosa a partir de 65 anos e à pessoa portadora de deficiência, que não possua condições de prover sua manutenção ou tê-la provida por sua família. Em que o critério de elegibilidade para o acesso, está pautado na renda familiar, que deve ser inferior a ¼ do salário mínimo *per capita*, o que garantirá o benéfico de um salário mínimo mensal a quem dele necessitar. Sendo que no ano de 2003, cerca de 2,3 milhões de idosos acessavam este benefício da assistência social, (CAMARANO, 2006).

Em 2004, é regulamentado o novo texto da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) definindo a assistência social enquanto política de proteção social aos que estão em situação de risco e/ou vulnerabilidade social, cujo um dos principais focos é a centralidade na família, em ações que garantam a convivência familiar e comunitária. Além de apontar a direção, a qual o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) assumirá no enfrentamento das demandas sociais. Estruturado com base na descentralização político-administrativa e na participação, de forma a organizar e regular as ações de assistência social de maneira territorializada¹¹.

A PNAS, através das redes de serviços, ações e benefícios, organizados pelo SUAS, compreendem uma gama de complexidades na esfera da proteção social, divididas por níveis de atuação. Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade; em cada um destes existem serviços específicos para o atendimento das necessidades da pessoa idosa, que são:

- **Proteção Social Básica à Pessoa Idosa:** presente em ações de apoio e financiamento, para o desenvolvimento de atividades físicas, recreativas, de educação para cidadania, de promoção da convivência familiar, comunitária, proteção integral, entre outras; promovendo o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Em consonância com a Política Nacional do Idoso (PNI). Esta categoria de proteção, conta também, com o Benefício de Prestação Continuada (BPC), assegurado aos idosos com idade a partir de 65 anos.
- **Proteção Social Especial de Média Complexidade à Pessoa Idosa:** oferece atendimento às famílias e indivíduos, cujos direitos foram violados e os vínculos

¹¹ A PNAS apresenta a concepção de territorialização como um dos principais pressupostos para implementação desta política, na perspectiva de superar a fragmentação das ações de assistência social. “Assim, a operacionalização da política de assistência social em rede, com base no território, constitui um dos caminhos para superar a fragmentação na prática dessa política. Trabalhar em rede, nessa concepção territorial significa ir além da simples adesão, pois há necessidade de se romper com velhos paradigmas, em que as práticas se constituíram historicamente pautadas na segmentação, na fragmentação e na focalização, e olhar para a realidade, considerando os novos desafios colocados pela dimensão do cotidiano, que se apresenta sob múltiplas formatações, exigindo enfrentamento de forma integrada e articulada” (BRASIL, 2004, p. 44).

familiares e comunitários não foram rompidos. Neste nível de complexidade é possível destacar o trabalho realizado pelo Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra à Pessoa Idosa (CIAPREVI) – programa vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social de Florianópolis, destinado ao atendimento psicológico e social ao idoso e sua família em situação de vulnerabilidade social ou de violência¹².

- **Proteção Social Especial de Alta Complexidade à Pessoa Idosa:** este garante proteção integral às famílias e indivíduos, em que os vínculos familiares encontram-se rompidos e/ou em situação de risco, necessitando ser retirados de sua família ou comunidade. Neste sentido os serviços de atendimento à pessoa idosa se dão em instituições de curta ou longa permanência.

Os serviços de Proteção Social Básica são executados de forma direta pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), e/ou de forma indireta por entidades e organizações de assistência social, responsáveis pelo Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF). Os de Proteção Social Especial de média complexidade serão oferecidos pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CRAES). Já os serviços de alta Complexidade, são de proteção integral, oferecidos por instituições de curta e longa permanência.

No que concerne a política de saúde, esta é compreendida como uma política social, que compõem o tripé da Seguridade Social, percebida como mais um dos aparatos legais que garantem acesso aos direitos sociais instituídos pela Constituição Federal de 1988. Tem como marco histórico o movimento de Reforma Sanitária, que apresenta o conceito ampliado de saúde, desvinculado da noção de ausência de doença, onde saúde compreendia o bem-estar físico, mental e social, definição dada pela OMS em 1948. Esse contexto de luta pela Reforma Sanitária tem como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, que levou o conceito ampliado de saúde, a ser incorporado pela Constituição Federal de 1988. De forma a abranger todas as esferas da vida humana, ao considerar segurança, saneamento, alimentação, habitação, transporte, renda e ocupação, bem como assistência médica, enquanto componentes importantes na garantia de uma vida saudável.

O Projeto de Reforma Sanitária no Brasil, de acordo com Bravo (2009) se configurou como resultado de lutas de diversos segmentos organizados da sociedade brasileira,

¹² Minayo (2004) em seus estudos aponta algumas categorias e tipologias que possibilitam designar as formas de violência mais sofridas pelos idosos: Abuso físico, maus tratos físicos ou violência; Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos; Abuso sexual, violência sexual; Abandono; Negligência; Abuso financeiro e econômico; Auto-negligência.

juntamente com os profissionais de saúde. Com isso a saúde assumiu uma dimensão política, ao alcançar visibilidade na agenda governamental, provocando mudanças de ordem político-administrativa. Compreendendo um Estado democrático, atuante em função da sociedade, como responsável por assegurar políticas sociais, fundamentado nos princípios de universalização, participação, integralidade, descentralização e equidade.

Este processo culminou na promulgação da Lei Orgânica de Saúde (LOS), regulamentada pela Lei nº 8.080 de novembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990). E pela Lei 8.142 de dezembro de 1990, que “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” (BRASIL, 1990). Dispositivos que deram suporte a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando o artigo 196 da Constituição Federal que trata a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantindo 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 promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

No entanto, apenas estes dispositivos legais não davam conta de atender a complexidade que o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira, apresentava à área da saúde, através de novas demandas. Com isso a política de saúde incorpora os princípios e diretrizes da Política Nacional do Idoso (PNI) sob a lei nº 8.842/94; e regulamenta a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), através da Portaria 1395/GM em dezembro de 1999, que aponta as diretrizes fundamentais à atenção integral, na área da saúde, referentes ao atendimento das necessidades da pessoa idosa.

No ano de 2006, percebendo a necessidade de atualização desta política, o Ministério da Saúde, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) a partir da Portaria nº 2.528/GM de outubro de 2006, cuja finalidade está em recuperar, manter e promover a autonomia e independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006). Além de congregarem algumas das diretrizes publicadas pela Portaria 399/GM de fevereiro de 2006, que trata das Diretrizes do Pacto pela vida, em que a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades de ações pactuadas pelos três entes federados, principalmente ao que se refere à implantação da PNSPI.

Fazendo referência às políticas sociais problematizadas até aqui, cujo foco esteve centrado no processo histórico das ações e conquistas que estas políticas expressaram ao longo de décadas, promovendo o enfrentamento de demandas/necessidades apontadas pelo processo de envelhecimento populacional. Cabe aqui ressaltar os desafios que estas políticas sociais têm enfrentado, diante do processo de diminuição do poder interventivo do Estado, que colocam as demandas sociais e suas respectivas políticas num cenário de conflitos e contradições, postuladas pela política sócio-econômica, atualmente hegemônica no país, de cunho neoliberal.

Importante destacar que as políticas sociais abordadas até o momento, compõem a Seguridade Social brasileira, conquistada pela luta da classe trabalhadora, em assegurar junto à constituição federal o tripé da seguridade, composto pelas políticas de saúde, previdência social e assistência social, como políticas de proteção social. No entanto, a partir da análise de Mota (2008), a política de seguridade social tem sido atacada por uma “cultura política de crise”, em que o grande capital recria novos referenciais que atendam seus interesses, de maneira a engendrar reformas, que diminuam os gastos sociais e conseqüentemente a intervenção do Estado sobre as políticas sociais. Como transformar a noção de cidadania, ao instituir o “cidadão-consumidor”, privilegiando o mercado, onde o princípio de universalização compreende a possibilidade de consumo do trabalhador.

Nesse sentido, uma das prerrogativas do grande capital, para fazer a sua reforma, é subtrair os direitos sociais e trabalhistas estabelecidos na Constituição, substituindo-os pelos direitos do consumidor e da assistência aos pobres, coerentes com a sua proposta de privatizar e assistencializar a seguridade” (MOTA, 2008, p. 227).

A população idosa na história de suas conquistas, no campo das políticas sociais, tem na Política Nacional do Idoso (PNI) seu maior aparato legal, esta aprovada em janeiro de 1994, pela Lei 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de julho de 1996; pois amplia os direitos da pessoa idosa, antes tratado de maneira restrita. Tendo por objetivo assegurar à pessoa idosa seus direitos sociais, promovendo autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Considerando pessoa idosa - em consonância com a definição dada pela OMS - o indivíduo a partir de 60 anos de idade.

Pautada pelas diretrizes, expostas no artigo 4 da referida lei, conferindo à pessoa idosa; viabilidade em alternativas de participação e convívio com as demais gerações; participação em organizações representativas; prioridade no atendimento, em detrimento do atendimento asilar; descentralização político administrativa; capacitação e reciclagem dos recursos humanos; implementação de sistema informatizado em cada nível de governo,

buscando implantar um sistema de rede; estabelecer mecanismos de divulgação de caráter educativo sobre envelhecimento; prioridade de atendimento em órgãos públicos e privados; apoio a estudos e pesquisas relativos ao envelhecimento.

A PNI encontra-se norteada por cinco princípios, com destaque para o primeiro que apresenta a família, a sociedade e o Estado como responsáveis, por assegurar à pessoa idosa os direitos de cidadania, promovendo sua participação no meio comunitário, garantindo seu direito ao bem-estar e uma vida digna, conforme o artigo 3 da PNI (1994).

Consta ainda em seus artigos a necessidade de implantação dos Conselhos de Idosos, nas três esferas de governo, como instrumento de controle das decisões do Estado, bem como das ações da sociedade, no que se refere à pessoa idosa. Compreendido enquanto espaço de luta e contradições, em que movimentos organizados da população idosa, se fazem protagonistas no debate político e na implantação, formulação e controle das políticas sociais voltadas para questão do envelhecimento. Que como aponta Pereira (2007);

Onde quer que estejam situados, os principais objetivos dos Conselhos do Idoso deverão ser:

- a) defender os direitos da pessoa idosa previsto em lei;
- b) exercer o controle democrático das ações e omissões do poder público e da sociedade referente aos direitos e bem-estar dos idosos;
- c) zelar pelo cumprimento dos princípios da descentralização político-administrativa e da participação popular, bem como pela realização efetiva do comando único das ações governamentais e não-governamentais, na área dos idosos, em todas as Unidades da Federação;
- d) Exercer intermediação estratégica entre os demais mecanismos de participação democrática com os quais compõem a cadeia gestora da política e dos planos de ação para os idosos (PEREIRA, 2007, p. 30).

Em 2003, diante da necessidade de garantir as prerrogativas elencadas pela PNI e da luta dos movimentos organizados de idosos pelo país, é instituído a partir da Lei nº 10.741 de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso, documento este destinado a regular os direitos sociais assegurados à pessoa idosa. Além de reafirmar os dispositivos contidos na Constituição e nas políticas de saúde, previdência social e assistência social relacionados à questão do envelhecimento. Contudo, os principais direitos da pessoa idosa podem ser percebidos em seu artigo 3, o qual coloca que:

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 (BRASIL, 2003).

Mesmo com todos os avanços e conquistas referentes ao enfrentamento das questões sobre envelhecimento, essas políticas e aparatos legais, diante da atual conjuntura do país,

necessitam de recorrentes debates e lutas políticas no sentido de mantê-las em constante atualização, considerando o acelerado processo de envelhecimento. Para isso torna-se importante a ampliação e consolidação dos espaços de luta; como de movimentos organizados de idosos e dos conselhos de idosos na efetivação do enfrentamento político das temáticas que compõem o processo de envelhecimento.

Dando continuidade à discussão sobre proteção social, direcionadas a atender as demandas/necessidades, que o processo de envelhecimento tem exigido do Estado e da sociedade, o item a seguir abordará sobre as redes de proteção social de atendimento à pessoa idosa.

1.2 Rede de Proteção Social à Pessoa Idosa

O processo de envelhecimento nas últimas décadas tem se apresentado como um fenômeno social irreversível e inegável, devido a seu acelerado crescimento em relação aos demais grupos etários, demandando do Estado e da sociedade mecanismos de proteção social que visem responder suas necessidades. No Brasil e no mundo este processo tem sido tema de grandes discussões, seja por seus aspectos demográficos e epidemiológicos, ou pelos seus reflexos na realidade sócio-econômica dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nesse sentido a proteção social se configura como articulador entre as determinações das demandas apresentadas pela sociedade, neste caso pelo segmento idoso, e a forma como o Estado as responde.

No Brasil estima-se que até o ano de 2020 a população idosa, que compreende pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, alcançará um contingente aproximado de 30,9 milhões de pessoas (CAMARANO, et. al., 2004). Já em escala global tem-se projetado para o ano de 2050, que a população idosa, nesta faixa etária, chegará a 2 bilhões, de acordo com o Plano de Ação Internacional para o envelhecimento de 2002¹³. Essas estimativas refletem atualmente a necessidade de se discutir a questão do envelhecimento dos pontos de vista político, econômico, social e cultural, compreendidos enquanto espaços de luta e enfrentamento da

¹³ Documento originário da II Conferência Mundial sobre Envelhecimento, promovida pela Organização das Nações Unidas, ocorrido na cidade de Madri no ano de 2002, com objetivo de traçar diretrizes para ações referentes ao processo de envelhecimento, com perspectiva de gerar mudanças nas políticas e práticas relacionadas à pessoa idosa, no sentido de ser um instrumento que possibilite e oriente a formulação de políticas públicas nesta direção.

questão social¹⁴, expressada aqui pelas demandas decorrentes do processo de envelhecimento, na perspectiva de dar visibilidade e conferir avanços nas políticas pública/sociais que possibilitem ao segmento idoso uma efetiva participação, integração e autonomia perante a sociedade, como preconizado pela PNI, “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994, art. 1º).

As políticas sociais tiveram sua origem no final do século XIX e início do século XX, através da mobilização e organização da classe trabalhadora, na luta pela emancipação humana, pela socialização das riquezas produzidas e na instituição de uma sociabilidade não capitalista, culminando na conquista por direitos políticos, bem como o direito ao voto, a organização em sindicatos e partidos, estes compreendidos enquanto direitos coletivos, garantidos a todos. Esse processo imprimiu no Estado Liberal um caráter de Estado social, ou seja, o Estado liberal passou por uma significativa mudança, ao incorporar aos seus princípios orientações social-democratas, não havendo uma ruptura completa entre esse dois modelos de Estado, mas possibilitou por parte deste uma maior intervenção nas demandas da classe trabalhadora, que naquele momento reivindicava direitos sociais até então quase inexistentes (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Foi, portanto esse marco histórico de reivindicações da classe trabalhadora por direitos políticos, que contribuiu para ampliação dos direitos sociais e elevaram de forma gradual o surgimento das políticas sociais.

A expansão das políticas sociais se estabeleceu a partir da efetiva intervenção do Estado nas relações sociais e econômicas, onde este passa a criar mecanismos de proteção social para responder as demandas postas pela classe trabalhadora e manter a regulação econômica. A proteção social nesse período teve como principais referências os modelos bismarckiano, este estabelecido pela lógica do seguro social em que o acesso é condicionado pela contribuição, que garantia ao trabalhador uma renda em momentos de riscos derivados da perda do trabalho assalariado; e o modelo beveridgiano que apresentava o Estado como responsável pela manutenção das condições de vida dos cidadãos, em que os direitos sociais são universais, além de ser fundamentado pelos princípios de unificação institucional e uniformização dos benefícios. Nos mais diversos países esses modelos se efetivaram sob

¹⁴ “A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto á apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho -, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do “trabalhador livre”, que depende da venda de sua força de trabalho por meio de satisfação de suas necessidades vitais” (IAMAMOTO, 2001, p. 16).

diferentes formas, em alguns implantando apenas um destes e em outros países utilizados de maneira que se complementassem.

Esse processo histórico teve reflexos tardios no Brasil, pois até os anos de 1970 os padrões de proteção social eram restritos e não atendiam por completo as necessidades da classe trabalhadora, onde os serviços e benefícios eram disponibilizados sobre a lógica do favor e da benemerência e as lutas sociais não tinha grande visibilidade política, considerando que a sociedade brasileira, nesse momento enfrentava um longo período de ditadura militar. Mas é nesta década, que os movimentos sociais mais organizados da sociedade, mais especificamente os sindicatos de trabalhadores, se articulam na luta pela redemocratização do Estado brasileiro e traz para o plano da disputa política os princípios de universalidade, equidade, igualdade, descentralização político-administrativa, além do conceito de cidadania.

É nesse campo de lutas e contradições entre interesses em disputa que ocorre o processo constituinte no ano de 1988, apresentando para a sociedade brasileira o maior aparato de políticas públicas que pressupõem uma proteção social integrada e articulada, nesse sentido se estabelece a política de Seguridade Social composta pelo tripé das políticas de saúde, assistência social e previdência social. Sendo as duas primeiras baseadas nos princípios de universalidade, equidade, descentralização e de caráter redistributivo fundamentas pelo modelo beveridgiano e a última sob a lógica do seguro social direcionada aos trabalhadores contribuintes compreendendo o modelo bismarckiano. A Seguridade Social instituída como política social enquanto sistema de proteção social brasileiro apresenta predominantemente em seus fundamentos e princípios o modelo beveridgiano, de acordo com o que aborda Dumont e Dufourcq (1995-1994, apud BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 99), em que;

Embora não existam sistemas e “modelos puros”, quando ocorre predomínio da lógica do seguro, os autores tendem a identificar o sistema como sendo de seguros ou bismarckiano; quando predominam amplos serviços não contributivos, tendem a identificá-lo como sistema beveridgiano ou de seguridade social.

A gestão das políticas sociais, desde 1988 com a promulgação da carta constituinte vem fundamentando sua intervenção, no campo da proteção social, nos princípios de democratização, participação e descentralização político-administrativa entre os três entes federados nas esferas, Federal, Estadual e Municipal, com a perspectiva de transferir poder dos níveis centrais para os periféricos. No entanto, esse modelo de gestão é dificultado pela lógica da segmentação das áreas de intervenção, compreendendo uma estrutura organizacional

verticalizada e setorializada¹⁵, que tende a tratar o cidadão e suas demandas de maneira fragmentada, sob uma atuação desarticulada criando obstáculos até mesmo aos projetos de cunho democrático. Posto isso, coloca-se como alternativa complementar e articulada de gestão das políticas sociais o conceito da intersetorialidade,

[...] entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social (JUNQUEIRA et. al. 1997, p.24).

Nesse sentido, Junqueira et. al. (1997) apresenta uma articulação entre intersetorialidade e descentralização, onde o primeiro se efetiva na transferência do poder possibilitando uma maior influência do cidadão na tomada de decisão, e o último no atendimento das necessidades desse mesmo cidadão, de maneira integrada considerando para tal as condições territoriais nos micro-espços que integram as organizações sociais dos grupos populacionais. Além de permitirem o estabelecimento de “redes regionais de ação social” (1994, apud JUNQUEIRA et. al., 1997, p. 25), que podem integrar além dos equipamentos públicos, outros espaços como a sociedade civil, organizações não-governamentais e os conselhos.

Ainda a respeito da rede social, Kauchakje et. al. (2007), trata essa modalidade de gestão como relevante no processo de atendimento das necessidades sociais presentes no espaço territorial, no sentido de disponibilizar aos usuários serviços de qualidade respeitando os princípios de democratização e universalização de acesso, apontando que;

[...] a identificação da rede social num determinado território permite a gestão e a possibilidade de discussão sobre seu ordenamento e proposição das ações, bem como de critérios de qualidade dos serviços prestados e democratização e universalização de acesso. Portanto, a articulação criteriosa de indicadores sociais é relevante para apreender como a rede social está estruturada no atendimento às demandas e necessidades sociais no âmbito territorial, relacionadas à situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social dos sujeitos e grupos sociais (KAUCHAKJE et. al., 2007, p.136).

Com base nos apontamentos realizados, se efetiva a possibilidade de tecer uma relação entre os conceitos tratados até momento, referentes à proteção social, e as ações que o Estado tem disponibilizado para o atendimento das demandas que o processo de envelhecimento vem

¹⁵ Essa estrutura organizacional se expressa na forma de gestão dos poderes executivos nas três esferas de governo, conforme Junqueira 1997, “O Poder Executivo do Governo Federal é organizado por Ministérios, cada qual cuidando de uma política setorial – Ministério da Saúde, da Educação, da Previdência etc. Isso se repete com as secretarias de Estado que compõem a estrutura dos governos estaduais e chega, do mesmo modo, ao governo municipal, com as respectivas Secretarias Municipais setoriais. Os Ministérios e Secretarias atuam de forma paralela sob coordenação dos governantes e de órgãos colegiados constituídos para esse fim” (JUNQUEIRA et. al. 1997, p. 22).

exigindo da sociedade e do Estado. A partir da década de 1990 o Estado brasileiro diante da necessidade de construir respostas para o enfrentamento dessa problemática, que passou a ter visibilidade em todo o mundo devido ao crescimento acelerado da população idosa, formula a PNI no ano de 1994, visando normatizar as ações referentes à pessoa idosa em âmbito nacional, fundamentada pelos princípios constitucionais, compreendendo este segmento populacional enquanto cidadãos de direitos. A PNI apresenta a necessidade de promover ações que garantam os direitos dos idosos através da descentralização político-administrativa, da intersectorialização, da participação e do controle social. A descentralização político-administrativa exposta no artigo 4 desta política tem por finalidade a repartição do poder de decisão, para que a tomada de decisões se faça mais próxima da realidade da população, ou seja, de suas necessidades e demandas. A segunda encontra-se presente no artigo 8 item III, dispondo que a União deve “promover as articulações intraministeriais e interministerial necessárias à implantação da política nacional do idoso” (BRASIL, 1994); pressupondo que todas as políticas setoriais devam atuar de maneira articulada para garantir condições de acesso aos direitos da pessoa idosa, conforme parágrafo único desse mesmo artigo, no qual afirma que “ministérios da área de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar propostas orçamentárias, no âmbito de suas competências, visando o financiamento de programas nacionais compatíveis com a política nacional do idoso” (BRASIL, 1994).

A participação compõe a Seção III item II que define as diretrizes da PNI exposta no artigo 4, que aponta a “participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos” (BRASIL, 1994). E por último o controle social associado à gestão participativa, presentes no capítulo III, que trata da participação e competência dos Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, na formulação, coordenação, monitoramento e avaliação da PNI em suas respectivas esferas político-administrativas.

Outro mecanismo legal que confere proteção social à pessoa idosa, teve sua promulgação no ano de 2003, o Estatuto do Idoso, cujo objetivo é a regulação dos direitos especiais a esse segmento. Dispondo em seu artigo 3 que “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 e à convivência familiar e comunitária.” (BRASIL, 2003).

Dispõe ainda em seu Título IV, Da Política de Atendimento ao Idoso, em que a “A política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações

governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 2003, art. 46); tendo como linhas de ação, políticas sociais básicas como previsto na PNI; políticas e programas de assistência social; serviços especiais de prevenção e atendimento a vítimas de violência, maus-tratos, negligência, entre outros; serviços de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência; proteção jurídico-social por entidade de defesa dos direitos dos idosos e mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade no atendimento do idoso, estas presentes no artigo 47 deste Estatuto.

São estes dispositivos legais que viabilizam o acesso aos serviços e programas das políticas sociais de atendimento das necessidades da pessoa idosa, tendo como pressuposto ações articuladas entre as mais diversas políticas setoriais, para que a intervenção sobre a realidade social dessa população seja mais qualificada e acessível.

No ano de 2006 o segmento idoso pôde contar com uma nova modalidade de gestão dos serviços sociais de enfrentamento do processo de envelhecimento, discutida na I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa¹⁶, que apresentou a proposta de implementação de uma rede de proteção social que possibilitasse a articulação entre as três esferas de governo, cada qual com seus respectivos programas e serviços das diferentes políticas sociais, com a sociedade civil e os órgãos não-governamentais, esta rede foi denominada de Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – RENADI.

Em 2008 foi realizada a II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa¹⁷, cujo objetivo estava centrado na avaliação desta rede compreendendo os avanços e desafios na gestão e implementação dos serviços e programas de atenção ao segmento idoso. No entanto, o que se tem é uma rede ainda frágil de serviços e programas, considerando seu pouco tempo de existência, necessitando de reestruturações no modelo de gestão; que ainda acontece de maneira fragmentada e pontual; mesmo estando fundamentado nos princípios de descentralização e intersetorialidade que pressupõem integração e participação, o que se efetiva no campo das ações tem mostrado que o sistema de rede de proteção social ainda necessita de reformulações e debates entre os atores envolvidos, para que se possa qualificar o

¹⁶ I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI) realizada em Brasília em maio de 2006, tendo como tema central: “Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa”, cujo objetivo se estabelecia em definir estratégias para implementação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – RENADI, de maneira a possibilitar a articulação entre os órgãos e serviços de atendimento à população idosa.

¹⁷ Em 2008 é realizada a II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI), também ocorrida em Brasília, nesta o tema era de avaliação da RENADI em âmbito nacional, apontando seus avanços e desafios percebidos nestes dois anos de implementação da rede.

atendimento à população idosa, na perspectiva de gerar mudanças na prática das ações e no modo de perceber a realidade social e assim elevar este processo ao nível de transformação da realidade das organizações e dos sujeitos envolvidos. Nesse sentido Junqueira (2005), em seus estudos aponta que as mudanças na gestão pública a partir da descentralização e intersetorialidade;

[...] só serão efetivas quando houver nova maneira de olhar a realidade social, de lidar com ela, o que significa mudar práticas organizacionais, que só ocorrem quando há transformação de valores e da cultura das organizações. Inclusive não se pode dizer que houve mudanças sem visualizar o impacto que elas acarretam na realidade social. Mas este é um processo que vai se construindo no tempo, exigindo vários tipos de ações, de projetos que vão dando corpo a um novo tecido social (JUNQUEIRA, 2005, p. 6).

Importante também destacar o lugar da família como constituinte da rede de proteção social à pessoa idosa no sentido de provedora dos cuidados com higiene, alimentação, moradia, sendo este o segmento como maior responsabilidade pela proteção ao idoso em nossa sociedade. No entanto, ao mesmo tempo em que é exigida como protetora, no atendimento das necessidades da pessoa idosa, a família tem necessitado de apoio desse idoso, no sentido que muitas vezes este é o único membro da família que possui uma renda mensal permanente, possibilitando um nível de proteção que assegure aos membros da família condições de sobrevivência, ocorrendo assim uma transferência de apoio. Esse tipo de relação que pressupõe proteção social é compreendido por Camarano (2006), como um processo de intercâmbio entre as gerações, a partir de estudos sobre a proteção social entre as famílias e o idoso no Brasil e na América Latina, que;

Concluiu que os idosos no Brasil e na América Latina em geral não apenas recebem, mas também prestam intensa ajuda na forma de bens, serviços, dinheiro e outro, caracterizando claramente as transferências de apoio informal entre o idoso e a família como um processo de intercâmbio recíproco entre gerações (CAMARANO, 2006, p. 16).

Esta discussão possibilitou reconhecer a forma como a proteção social à pessoa idosa se expressa no Brasil, a partir de dispositivos legais que asseguram seus direitos enquanto cidadãos através de serviços e programas referenciados pelas políticas sociais de proteção social e pela Constituição Federal de 1988, que aponta primeiramente como dever da família assegurar o direito à vida, à alimentação, à assistência, à educação, à convivência familiar e comunitária como absoluta prioridade, à criança, ao adolescente, ao jovem e ao idoso, em seu artigo 227 (BRASIL, 1988). Diante disso, o próximo item tratará da maneira como o Estado tem efetivado sua intervenção, no sentido de responder as demandas referentes ao processo de

envelhecimento na atualidade, considerando a atual política econômica e social brasileira, baseado no seguinte questionamento: quem tem arcado com as demandas e responsabilidade pela proteção social à pessoa idosa?

1.3 O Estado, a Família e a Sociedade Civil no enfrentamento do processo de envelhecimento na contemporaneidade

A proteção social à pessoa idosa no Brasil ganhou maior visibilidade a partir da década de 1990, período em que o Estado, sobre pressão de seguimentos organizados da sociedade civil, elabora mecanismos de intervenção e regulamentação referentes às demandas postas por estes atores sociais, visando o enfrentamento do acelerado processo de envelhecimento da população brasileira. Entre estes, destacam-se a Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o Estatuto do Idoso, concebidos enquanto instrumentais de garantia de direitos e de controle do Estado e da Sociedade sobre as políticas e serviços sociais disponibilizados a este segmento, elaborados em um contexto político, econômico e social contraditório da sociedade brasileira.

Desde meados da década de 1970, a política econômica e social brasileira, ainda sob um regime militar ditatorial, apresenta orientações conservadoras neoliberais, seguindo o fenômeno já em curso em nível mundial¹⁸, ao abrir espaço para a iniciativa privada ofertar serviços de saúde, previdência e educação, configurando-se em um “sistema dual de acesso as políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.137). É neste contexto que o processo de redemocratização da sociedade brasileira se concretizou, sob forte disputa hegemônica entre as elites e os movimentos sociais e dos trabalhadores, dando forma ao processo constituinte, ao incorporar os princípios democráticos garantidores de direitos sociais, ao mesmo passo que possibilitou a legitimação de uma

¹⁸Segundo Anderson (1995 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 125) o neoliberalismo “[...] surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, como uma reação teórica ao Estado intervencionista e de bem-estar, e que suas premissas estavam originalmente no texto de Friedrich Hayeck, *O caminho da servidão*, publicado em 1944, [...]. Esse autor ressalta que o período de forte crescimento imposto pela economia regulada entre os anos 1945-1970 minou a possibilidade de expansão dos ideais neoliberais. A longa e profunda recessão entre 1969-1973, contudo, alimentou o solo sobre o qual os neoliberais puderam avançar.” Ainda de acordo com Behring e Boschetti (2008, p. 125) ao apontarem a desestruturação do Welfare State colocam que: “Se o Estado social foi mediador ativo na regulação das relações capitalistas em sua fase monopolista, o período pós-1970 marcou o avanço de ideais neoliberais que começam a ganhar terreno [...]. 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*”.

política econômica que prevalecesse a lucratividade em detrimento do social. O texto expresso na Constituição Federal de 1988 reflete esta disputa pela hegemonia, ao contemplar avanços na direção das reivindicações da classe trabalhadora, como o reconhecimento dos direitos sociais, humanos e políticos e ao manter traços conservadores, como a permanência da militarização a fim de controlar a ordem social, a manutenção de prerrogativas do poder Executivo, como as medidas provisórias, e na ordem econômica (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Contudo, a grande ofensiva neoliberal sobre as políticas públicas e sociais no Brasil se concretiza na década de 1990, através de uma contra-reforma ao Estado democrático de direito, instituído pela Constituição Federal de 1988; atacado pela lógica do mercado, centrada nas privatizações da esfera pública, como resposta a uma suposta crise econômica e social que se arrastava desde o início dos anos de 1980. A reforma¹⁹ do Estado brasileiro foi amplamente difundida no governo de Fernando Henrique Cardoso, tendo como principal documento norteador o Plano Diretor de Reforma do Estado do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (PDRE/MARE, 1995). Com isso Teixeira (2007, p. 155) aponta que;

Essas reformas são condizentes com as medidas de ajuste estrutural, impostas pelos mecanismos financeiros internacionais que desencadearam mudanças mediante políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado, condição de inserção do país na nova ordem mundial globalizada, atingindo as políticas públicas de corte social, através das noções de redução de déficits públicos e de reforma do Estado (TEIXEIRA, 2007, p. 155).

Diante desse contexto as políticas sociais, especialmente a de Seguridade Social sofrem com a redução dos conceitos democráticos de universalidade, descentralização e participação, constitutivos da Constituição de 1988, que sob a ótica neoliberal passam a ter sentidos e a serem utilizadas contraditoriamente. Destacando os princípios de descentralização e participação na gestão e administração de políticas sociais, compreendidos no processo de redemocratização enquanto mecanismos de partilha de poder entre governo, trabalhadores e prestadores de serviços, devendo estes participar do processo decisório de formulação, implementação, avaliação e monitoramento das ações referentes às políticas sociais; no entanto o que se tem é uma lógica que entende a partilha de poder enquanto transferência

¹⁹ Behring e Boschetti (2008, p. 149) apontam que; “Embora o termo reforma tenha sido largamente utilizado pelo projeto em curso no país nos anos de 1990 para se autodesignar, partimos da perspectiva de que se estivesse diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da idéia de reformismo, a qual é destituída de seu conteúdo redistributivo de viés social-democrata, sendo submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas conseqüências sociais e sua direção sócio-histórica. Cabe lembrar que esse é um termo que ganhou sentido no debate do movimento operário socialista, ou melhor, de suas estratégias revolucionárias, sempre tendo em perspectiva melhores condições de vida e trabalho para as maiorias”.

deste para outras esferas da sociedade, de maneira à desresponsabilizar o Estado do enfrentamento da questão social, decorrente das relações sociais e de produtividade da sociedade capitalista em curso. Nesse sentido Iamamoto (2008, p. 39) mostra que;

Esse processo se expressa em uma dupla via: de um lado na transferência de responsabilidades governamentais para “organizações sociais” e uma crescente mercantilização do atendimento às necessidades sociais, abrindo espaços ao capital privado na esfera da prestação de serviços sociais (IAMAMOTO, 2008, p. 39).

O Estado brasileiro tem remetido as políticas públicas a uma lógica neoliberal que entende o enfrentamento da questão social sob a ótica da “privatização, descentralização e focalização” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008), nas esferas de gestão político-administrativa das políticas sociais e na prestação de serviços à população, ao transferir responsabilidades governamentais de proteção social a segmentos da sociedade civil na perspectiva de que esta seja promovida a partir da solidariedade entre os indivíduos²⁰. Esta ofensiva neoliberal às políticas sociais se dá sob o argumento da ineficiência do Estado na intervenção das demandas sociais e econômicas, reduzindo o seu papel como “garante de direitos sociais” (PEREIRA, 2003, p. 78). Ainda sobre esta ótica, Pereira (2003), apresenta uma “revalorização do setor voluntário”²¹ em que diferentes esferas da sociedade se mobilizam na oferta pela proteção social, tais como: o Estado, o mercado, as organizações voluntárias, as redes de parentesco, a vizinhança e os grupos de amigos, instituindo-se assim um arranjo plural ou misto de proteção social. No Brasil as áreas em que o setor voluntário é mais atuante são: saúde, educação, assistência social, cultura e recreação e os segmentos mais atendidos são os de crianças e adolescentes, adultos, famílias, idosos, mulheres e portadores de deficiência, de acordo com a Folha de São Paulo (1999 apud PEREIRA, 2003).

As medidas empreendidas pelo governo brasileiro buscam uma reatualização das ações filantrópicas e do trabalho voluntário no trato da questão social, ao restringir o papel do Estado, expandindo para a sociedade civil ações de interesse público, sobre duas características principais: a descentralização e racionalização dos serviços públicos, com objetivo de reduzir gastos públicos responsabilizando as coletividades locais pela execução

²⁰ “Processo esse que é radicalizado pelo desmonte das políticas sociais públicas e dos serviços a elas atinentes, destituindo a responsabilidade do Estado na preservação do direito à vida de amplos segmentos sociais, transferida à eventual solidariedade dos cidadãos, isto é, às sombras de seu tempo e sua renda.” (IAMAMOTO, 2001, p. 17).

²¹ “No Brasil apesar de o trabalho voluntário datar do século XVI, com a fundação, em 1543, da Santa Casa de Misericórdia, só em 1998 esse trabalho foi regulamentado pela Lei nº 9.790, de março de 1998. Por esta lei, as organizações identificadas como terceiro setor receberam o nome de “Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público” (OSCIPs), as quais embora possam ter fins lucrativos, não devem ter vínculos empregatícios com os voluntários, devem aplicar seus lucros na própria instituição e serem isentas de Imposto de Renda [...]” (PEREIRA, 2003, p. 90).

das políticas sociais; e na “publicização”²² ao transformar serviços não exclusivos do Estado em serviços públicos não-estatais, por meio das organizações sociais (BRESSER PEREIRA 1998 apud TEXEIRA, 2007, p. 157).

Com a PNI e o Estatuto do Idoso o processo de implementação não foi diferente, considerando que a elaboração destes documentos se deu neste terreno tênue e contraditório de disputas hegemônicas, num período que compreende os anos de 1994 e 2003 respectivamente, tomando como referencial tanto os aspectos democratizantes, constitucionalmente instituídos, quanto os conservadores sobre a investida da política neoliberal empreendida pelos governantes, mais especificamente sobre os princípios de descentralização e participação, bem como ocorreu e ocorre com outras políticas sociais, não somente em seus aspectos político-administrativo, mas no que Nogueira (1997 apud Teixeira, 2007, p. 157),

[...] denomina de sua “dimensão política”, associada à noção de participação da sociedade tanto nas ações e espaços de controle social, mas também nos aspectos de execução da política, como instância de proteção social, com ou sem os recursos do Estado, reafirmando a definição de participação, como de parceria e de colaboracionismo.

A descentralização, tanto na PNI, quanto no Estatuto do Idoso pode ser percebida como um mecanismo de transferência de responsabilidades na gestão de políticas sociais, que compreendem os serviços de atendimento a este segmento, composto especialmente pelas políticas de saúde, assistência social e previdência social, em que o grau de responsabilização da sociedade civil e de outros segmentos da sociedade (vizinhança, grupos de parentes, amigos e outros) encontra-se presente nos princípios e diretrizes norteadoras de ambos os documentos, que apontam a família, a sociedade e por último o Estado como responsáveis por assegurar os direitos de cidadania ao idoso.

A PNI, em seu artigo 3 que dispõe sobre os princípios desta política, aponta no item II que “o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos” (BRASIL, 1994), expressando assim a responsabilidade social da sociedade para com os idosos. Ainda na PNI e também no Estatuto do Idoso, a proteção social a este segmento, aparece como de responsabilidade da família, ao

²² Esse processo é discutido nos estudos de Behring (2003) a respeito da intencionalidade do Programa de Publicização empreendido pelo PDRE/MARE, sobre o seguinte questionamento: “Programa de Publicização ou Desresponsabilização?”. “Nesse processo de redesenho institucional, sob argumento do equilíbrio fiscal (*sic*), mas também da busca de eficácia, destaca-se o repasse dos serviços sociais para entidades públicas não-estatais, por meio do projeto das organizações sociais, ao lado da terceirização de atividades, contando com o chamado terceiro setor e até com a mobilização do voluntariado” (FOLHA DE S. PAULO 2001 apud BEHRING 2003, p. 109).

priorizar o atendimento das necessidades sociais destes indivíduos ao âmbito familiar, isto exposto nas diretrizes destes documentos; na PNI em seu artigo 4 item III estabelece a “priorização do atendimento ao idoso através de suas famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condição que garantam sua própria sobrevivência” (BRASIL 1994), diretriz esta que também compõe o Estatuto do Idoso em seu artigo 3 item V, sobre o mesmo texto; também sobre as diretrizes da PNI no artigo 4 item VIII – “priorização do atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família” (BRASIL, 1994).

Expressando o que aponta Teixeira (2007, p. 158) que, “[...] torna-se visível a participação da sociedade civil como espaço de efetivação de serviços e proteção social ao idoso, em especial, a modalidade não-mercantil, como a família, [...]”; e “o Estado, ficando com sua atuação limitada a casos extremos de pobreza e abandono, deixa de fazer investimentos de porte na política asilar ou em formas alternativas de assistência”. Com isso, coloca-se um processo de responsabilização das famílias e de outros segmentos da sociedade civil, sobre a retórica da criação e mecanismos de desinternação, desasilamento dos idosos²³ (TEIXEIRA, 2007). Com isso a intervenção do Estado sobre as demandas referentes ao processo de envelhecimento, se apresenta através de parcerias entre os mais variados setores da sociedade, na oferta por proteção social ao idoso, através da participação da família, de entidades governamentais e não governamentais, sobre o argumento de que as parceiras possibilitam mais eficiência no atendimento das necessidades deste segmento; porém o que se tem é uma precarização dos serviços, devido à instabilidade e incapacidade de respostas de maneira integrada, configurando-se em um mecanismo de proteção social seletivo e pontual.

O segmento idoso, efetiva sua conquista pelo direito de participar²⁴ dos processos de decisão, planejamento, avaliação e monitoramento da PNI; ou seja, de poder contar com um mecanismo de controle social de gestão das políticas sociais, na perspectiva de que este instrumento possibilitasse uma efetiva resposta às demandas colocadas nas esferas municipais, estaduais e federal, considerados espaços de luta dos direitos sociais; somente

²³ Teixeira (2007, p. 158) realiza uma importante reflexão a cerca do processo de luta dos movimentos sociais pela desenclausuramento dos idosos, “[...] contra o confinamento social, por representarem perda de cidadania, segregação, afastamento dos laços familiares, e por formas alternativas de atendimento aos idosos. Toda via a redução dos gastos sociais e o retorno da reprodução social para o âmbito privado tem repassado as responsabilidades públicas às famílias, à sociedade civil, cujas propostas de convívio alternativo aos idosos são pioneiras no Brasil”.

²⁴ “A participação social, conforme preconizava Rousseau (século XVIII), tem entre seus méritos a faculdade de propiciar aos cidadãos maior integração sociopolítica, desenvolvendo em cada um a sensação de pertencimento a sua comunidade, assim como aumenta o valor da liberdade individual, capacitando o indivíduo para ser senhor do seu destino. Além disso, tem ainda a faculdade de tornar as decisões coletivas mais aceitas pelo conjunto dos indivíduos” (CAMPOS, 2006, p. 110).

com o a regulamentação realizada no Estatuto do Idoso no ano de 2003, que institucionaliza os conselhos de direitos nas três esferas da federação, corroborando com o disposto pela PNI - mas que no momento de sua elaboração, sobre pressão de instâncias do Poder Executivo tem vetado os artigos que tratavam da criação e definição de papéis e atribuição do Conselho Nacional do Idoso (TEIXEIRA, 2007). Assim é a partir da formulação do artigo 7 do Estatuto do Idoso que “Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei” (BRASIL, 2003).

No entanto, esse processo de implementação dos conselhos gestores²⁵ da PNI não se dá de maneira tranqüila, considerando o avanço da investida do ideário neoliberal sobre a intervenção do Estado junto às políticas sociais, configurando-se assim como um espaço contraditório de disputas por interesses entre representantes das esferas governamentais e da sociedade civil (esta composta por segmentos organizados de movimentos sociais, entidades prestadoras de serviços, organizações não-governamentais de atendimento à população idosa). Sendo, portanto nesses espaços contraditórios de disputa hegemônica que o capital tem buscado construir “uma nova cultura de consenso” (TEIXEIRA, 2007), que aponta para necessidade da solidariedade entre as classes, no cooperativismo, estabelecendo um sentido próprio a sua lógica na relação entre capital/trabalho para definir a participação social, ao tornar os sujeitos que ocupam esses espaços em parceiros e colaboradores na gestão das políticas públicas. Desconfigurando a idéia de participação democrática, enquanto espaço político cercado de contradições, onde se efetiva a luta por direitos sociais, ao mesmo passo que busca fortalecer os conceitos de descentralização e partilha de poder de acordo com os objetivos neoliberais²⁶. Essa ofensiva é empreendida na II Conferência Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) quando na avaliação da implantação da RENADI, ao estabelecer a modalidade de parceria na proteção social à pessoa idosa, ao expressar a noção do público não-estatal articulado com as ações do Estado na garantia de direitos sociais,

[...] a organização da atuação pública (Estado e sociedade) por meio da implementação de um conjunto articulado, orgânico e descentralizado de instrumentos, mecanismos, órgãos e ações para realizar todos os direitos fundamentais da pessoa idosa (CNDI, 2006, p. 6).

²⁵ Tabagiba (2002, p. 54) define que: “Os Conselhos gestores de políticas públicas são, portanto, espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais”.

²⁶ “Objetivos esses integrados às estratégias de desregulamentação do papel do Estado na economia e na sociedade, podendo, nesse caso, desenvolverem-se como mecanismos privilegiados de manifestação dos interesses dominantes, e do exercício do controle social” (ABREU 1999 apud TEIXEIRA, 2007, p. 160).

Esse processo tem dificultado a execução da proteção social à pessoa idosa de maneira articulada, pois a lógica neoliberal tem remetido as políticas sociais a ações seletivas, focalizadas e pontuais, ao desconsiderar as características regionais para implantação de uma rede de proteção social que de conta de responder as demandas postas pela sociedade, de maneira descentralizada e participativa, como expresso pela Constituição Federal de 1988. Coloca-se nesse sentido a necessidade de maior expressividade dos movimentos sociais e da sociedade civil na luta pela efetivação e ampliação das políticas sociais e dos direitos sociais, na perspectiva de fortalecimento da esfera pública enquanto instância prestadora de serviços sociais no atendimento das necessidades da população idosa.

A seção seguinte tem o objetivo de apresentar o Hospital Universitário (HU), sua intervenção pautada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sobre os princípios de universalidade, equidade, integralidade; e ainda apresentar a atuação do Serviço Social desta instituição sobre seus referenciais e instrumentais técnico-operativos, teórico-metodológico e ético-político; situando-os enquanto espaços de formação profissional ao possibilitar a inserção do estágio supervisionado. Além de apresentar a atuação profissional do Serviço Social junto à população idosa no âmbito hospitalar, através da intervenção da prática profissional na área de saúde.

SEÇÃO II

2 SITUANDO O ESPAÇO INSTITUCIONAL DE ESTÁGIO

A segunda seção se propõe situar à instituição em que o estágio supervisionado, que compreende a Disciplina de Estágio Obrigatório I e II do currículo do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), ocorreu. Esse processo de formação profissional se deu no Hospital Universitário (HU/UFSC) na Unidade de Clínica Médica III, mas especificamente junto ao setor de Serviço Social, nesse sentido será exposta a atuação profissional dos Assistentes Sociais na política de saúde, seus referenciais interventivos e demandas concernentes a profissão na área de saúde hospitalar.

2.1 Hospital Universitário – HU

O Hospital Universitário é um centro de atendimento hospitalar, mantido pela Universidade Federal de Santa Catarina, com o objetivo de oferecer aprendizado aos alunos de diversos cursos de graduação desta e de outras universidades, além de atendimento em saúde a comunidade. Este foi fundado em Maio de 1980, pelo Professor Polydoro Ernani São Thiago, sendo de natureza totalmente pública (HU/UFSC, 2010).

O início de sua construção data do ano de 1964, no Campus Universitário da Trindade – Florianópolis – Santa Catarina, porém sua finalização se deu somente diante a uma intensa luta por parte de alunos, professores, servidores e a própria comunidade, que reivindicaram junto às autoridades federais liberação de recursos para conclusão de suas obras, permitindo sua inauguração em 1980. Este foi constituído com o intuito de suprimir as demandas de estágios na área da saúde, além de oferecer atendimento de saúde à comunidade, e também possibilitar uma elevação na qualidade de ensino, pesquisa e extensão de cursos vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Inicialmente instalaram-se os leitos de Clínicas Médicas e de Clínica Pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, as Clínicas Cirúrgicas I e II e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto.

O HU/UFSC foi idealizado sob a perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão, atendendo a comunidade local e todo o Estado de Santa Catarina. Em 1995 foram inaugurados os setores de Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia, e por último em 1996 a Maternidade. Esta instituição, após longo período de preparação em recursos humanos, equipamentos e técnicas de intervenção é tida como referência pública no atendimento a saúde devido seu elevado nível de modernização técnica e humanização do atendimento.

O espaço de maior fluxo de demandas para a instituição é o serviço de emergência, que presta atendimento 24 horas a adultos, crianças e adolescentes em áreas separadas, atendendo em média 400 pacientes por dia. Isto devido ao fato desta ser uma instituição totalmente pública e gratuita e possuir um nível elevado de competência técnica e atendimento humanizado, além de nos últimos anos vir sofrendo pressões incontornáveis da comunidade Florianópolis, tendo em vista a demanda da população que não consegue atendimento nos Postos e Unidades Municipais/Estaduais de saúde.

Efetiva sua atuação nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário, considerado também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades, além da realização e desenvolvimento de pesquisas na área da saúde. Estando de acordo com o referencial estabelecido pelo SUS e pelos princípios que compõem a Lei nº 8080/90, atendendo as demandas espontâneas de adultos e crianças do Estado de Santa Catarina sem restrição e ou discriminação quanto às classes sociais, etnias, gênero e ou faixa etárias, estando baseada nos princípios de integralidade, universalidade e equidade. Conforme o estabelecido pela Lei acima referida, em seu artigo 45;

Os serviços de saúde dos hospitais universitários de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições à que estejam vinculados (BRASIL, 1990).

O corpo profissional do HU/UFSC é constituído por professores que trabalham na área da saúde que utilizam esta instituição como centro de ensino e de pesquisa; formado por Médicos, profissionais de Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Engenharia Biomédica, que possuem elevados índices de qualificação e titulação, aliados ao grande interesse na pesquisa e práticas clínicas, conferindo-lhe grande força, prestígio social e comunitário.

A equipe de Profissionais de saúde que compõe o corpo técnico desta instituição vem trabalhando intensivamente sobre a perspectiva do atendimento humanizado, referenciado pela Política Nacional de Humanização²⁷, na luta por um sistema mais humano, construído através da participação de todos e comprometido com a qualidade dos serviços de saúde; além de reconhecer a diversidade do povo brasileiro sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual; propondo ainda a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2003).

Os serviços compreendidos a partir da lógica de humanização podem ser percebidos através da implementação do parto humanizado²⁸, que desde 1998, foi amplamente discutido por um grupo de profissionais que compõem o atendimento à parturiente, esse processo evoluiu para criação do Grupo de Casais Grávidos ou Gestantes, promovendo o estímulo ao retorno do parto natural e para adoção de medidas para implantação do método Mãe Canguru, no atendimento ao recém-nascido de baixo peso. Método que tem permitido uma rápida recuperação, possibilitando a alta da unidade de UTI neonatal e até a alta hospitalar. A unidade de Maternidade, atualmente é reconhecida nacionalmente por ser um centro em excelência no atendimento obstétrico. Por esses trabalhos realizados, o HU/UFSC, conquistou o reconhecimento de “Hospital Amigo da criança”²⁹ (HU/UFSC, 2010). Ainda nesse sentido, cabe destacar o desenvolvimento do Programa Alojamento Conjunto também realizado com base no princípio de atenção humanizada, em que as mães permanecem com os bebês durante o período de internação, com objetivo de facilitar o vínculo entre ambos e também com a família. Seguindo a direção do atendimento humanizado, a instituição também disponibilizou um espaço físico adequado, para que as famílias em situação de falecimento tivessem um local adequado para receber a pessoa falecida.

O HU/UFSC possui em seu rol de atividades para com os usuários de seus serviços, um atendimento diferenciado e exclusivo à população idosa, realizado junto a um Grupo de Idosos na atenção as necessidades desse segmento, não apenas compreendendo as questões de saúde que os afetam, mas também suas relações sociais na esfera da vida em sociedade.

²⁷ “A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários” (BRASIL, 2003).

²⁸ Essa iniciativa, sugerida pelos profissionais de saúde do HU/UFSC, de tornar possível a presença de um acompanhante durante o parto, se dá antes mesmo que se institua quaisquer mecanismos legais para tal procedimento no Brasil. É apenas no ano de 2005 que através da Lei 11.118 de abril deste mesmo ano, sob alteração da Lei 8.080/90, se estabelece a garantia as parturientes o direito de ter presente um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS, em nível nacional (BRASIL, 2005).

²⁹ Prêmios concedidos pelo Ministério da Saúde, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF).

Outro trabalho significativo se insere nas ações profissionais de Serviço Social, que é o acolhimento aos usuários, realizado por meio do Plantão Social e nas unidades de internação e emergência, no desenvolvimento das ações sócio-assistenciais, atendendo os usuários junto ao ambulatório, os usuários internados e seus familiares e ainda no atendimento das comunidades circunvizinhas ao HU/UFSC.

Esta instituição apresenta em seu Plano de Metas para 2012, sua missão de “Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”. E aponta ainda como visão “Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção a saúde e no trabalho interdisciplinar” (HU/UFSC, 2008). Neste documento também está contida A Declaração dos Valores do HU, que são: as dimensões éticas, de qualidade, humanização, valorização e qualificação profissional, compromisso social, construção e socialização dos conhecimentos, atendimento público e gratuito, competência profissional, respeito aos princípios do SUS de integralidade, universalidade, equidade; resolutividade; articulando ensino, pesquisa, extensão, assistência e inovação.

O Hospital Universitário – UFSC é totalmente público, seus recursos financeiros e a forma de atendimento se dão por via do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Florianópolis – SC; sendo esta uma instituição que atende aos requisitos da política de saúde, cuja gestão é de caráter governamental. É um órgão complementar da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), subordinado a reitoria desta universidade e ao Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Cabe ressaltar que as ações realizadas pelo HU/UFSC se fundamentam nos princípios que compõem o SUS, através da Lei 8.080/90, e a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a Lei Orgânica de Saúde (LOS), princípios estes fundados pelo Projeto de Reforma Sanitária³⁰, constituídos na universalização do acesso às ações e serviços de saúde; concebidos a todos os cidadãos, sem discriminação. Buscando uma intervenção equitativa, na direção de diminuir as desigualdades através da integralidade dos serviços, promovendo o acesso às ações de promoção e recuperação da saúde. Compreendendo assim o conceito ampliado de saúde, onde o atendimento ao usuário não se restringe apenas as ações de saúde, mas também suas

³⁰ O movimento de Reforma Sanitária se efetivou na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1986; as deliberações decorrentes desse processo foram incorporadas pela Constituição de 1988, através da regulamentação do SUS. Agregando o conceito de saúde apontado por Arouca (1987) ao apreender a saúde não como ausência de doença, mas como bem-estar físico, mental e social, compreendendo o direito ao trabalho, a um salário que atenda suas necessidades, direito ao acesso à água potável, ao saneamento, ao vestuário, à educação, além da informação que possibilite a transformação da sociedade.

relações sociais, através da viabilização na melhoria da qualidade de vida e no atendimento as necessidades básicas como moradia, vestuário, alimentação, educação, transporte, saneamento básico, entre outros determinantes sociais.

O acesso aos serviços de saúde disponibilizados pelo HU/UFSC viabiliza aos usuários do SUS o direito ao atendimento universal e igualitário, por empreender ações de caráter humanizado e comprometido com a qualidade dos serviços, além de se configurar como espaço de formação profissional nas diferentes especificidades que compreendem as áreas de saúde, através do ensino, pesquisa e extensão que correspondem ao ensino superior no Brasil.

O próximo item tem o propósito de apresentar a inserção do Serviço Social nesta instituição, bem como seus procedimentos e referências interventivos.

2.2 O Serviço Social: processos interventivos e seus referenciais

Historicamente a saúde tem se configurado como maior empregador³¹ de assistentes sociais no Brasil. Sua atuação que antecede o processo de redemocratização dos anos de 1980 na área da saúde era efetivada com base curativista e com uma abordagem individual, cujo caráter intervencionista encontrava-se pautado pela perspectiva higienista e moralizante, fundamentado por referenciais psiquiátricos, psicológicos e funcionalistas daquele período³². No entanto, é somente a partir da década de 1980 que a profissão, articulada com outros segmentos da sociedade, passa a questionar a posição conservadora até então hegemônica na profissão, levando a um movimento de ruptura com tal paradigma (KRÜGER, 2010).

³¹ O “[...] assistente social é também um (a) trabalhador(a) assalariado(a), qualificado(a), que depende da venda de sua força de trabalho especializada para a obtenção de seus meios de vida. A objetivação dessa força de trabalho qualificada enquanto atividade (e/ou trabalho) ocorre no âmbito de processos e relações de trabalho, organizados por seus empregadores, que detêm o controle das condições necessárias do trabalho profissional. Assim, as alterações que incidem no chamado “mundo do trabalho” e nas relações entre Estado e sociedade [...], atingem diretamente o trabalho cotidiano do assistente social” (IAMAMOTO, 2009, p. 181). Esse processo não é diferente nas instituições de saúde onde o profissional de Serviço Social está inserido, considerando que este também é parte integrante da “divisão social e técnica do trabalho”, num contexto de sociedade capitalista.

³² Esse processo discorre da elaboração do “novo conceito de saúde” adotado no ano de 1948, cujo foco de intervenção estava fundamentado em aspectos biopsicossociais, que culminou na requisição de profissionais de áreas distintas para atuar na política de saúde, entre estes estão presentes os assistentes sociais (BRAVO; MATOS, 2009). Ainda em Bravo e Matos (2009, p. 199), “esse conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente nos países periféricos, e teve diversos desdobramentos”; nesse sentido os autores colocam que, “o assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 199).

Esse processo se deu concomitantemente com o Movimento de Reforma Sanitária empreendido pelos trabalhadores da saúde e por segmentos organizados da sociedade, na luta pela construção de uma política de saúde pública gratuita e universal, que se constituísse enquanto direito social de acesso a todos os cidadãos brasileiros sem distinção entre classe social, sexo, idade, gênero, etnia e/ou qualquer outra forma de discriminação e preconceito.

Todo esse movimento da sociedade pela construção de uma sociabilidade democrática, garantidora de direitos sociais, políticos, civis e culturais, se efetivou na consolidação da Constituição Federal de 1988, que tem na Seguridade Social o mais importante avanço na conquista por direitos sociais, além de reconhecer a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social, enquanto políticas sociais.

É nesse contexto que o Assistente Social se estabelece enquanto profissional de saúde, ao pautar sua atuação de acordo com o que aponta Bravo e Matos (2009, p. 213);

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulando os princípios do projeto da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre nessa referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional esta de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários.

Além desses elementos norteadores do fazer profissional na área da saúde, o Serviço Social do HU/UFSC, consolida sua prática profissional através de um aparato jurídico-político da profissão, e pelo conhecimento de um conjunto de leis e políticas que respaldam a defesa do acesso aos serviços e direitos sociais dos usuários. Este composto pelo Código de Ética Profissional de 1993³³, a Lei de regulamentação da Profissão 8.662/1993, as Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social; a Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990; a Lei Orgânica da Assistência Social 8.742/1993; a Política Nacional de Assistência Social; a Política

³³ Importante destacar que a atuação profissional junto à política de Saúde, bem como em outras políticas sociais está fundamentada pelos princípios que compõem tal documento, sendo estes: “Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação exploração de classe, etnia e gênero; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física” (CFESS, 1993).

Nacional de Humanização, o Estatuto do Idoso – Lei 10.741/2003, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a Carta dos direitos dos Pacientes do SUS³⁴, a Constituição Federal de 1988, entre outros. No entanto, considera-se que o aparato legal, que direciona o cotidiano profissional, não se esgota nos aqui expostos, necessitando que o profissional se mantenha em constante atualização, para que novos mecanismos e possibilidades se coloquem à prática profissional.

Nesta direção o Serviço Social se concretiza enquanto profissional de saúde³⁵, na propositura de consolidação do Projeto Ético-Político Profissional, buscando através destes mecanismos legais, promover a transformação nas relações entre Estado e sociedade, ao viabilizar direitos sociais estabelecidos por lei, e muitas vezes negligenciados pelo Estado.

A ação profissional do Serviço Social está presente no HU/UFSC desde 02 de maio de 1980, isto decorrido após um mês da inauguração deste, compondo a equipe de trabalho em saúde desta instituição. A partir de então vem atuando junto à equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas e psicólogos, visando à qualidade no atendimento das necessidades dos usuários, que procuram a instituição.

Nessa perspectiva os Assistentes Sociais estabelecem o compromisso com a defesa intransigente do SUS, efetivando sua atuação com base no entendimento que a saúde é resultado das condições em que vivem as pessoas, implicando na qualidade de moradia, alimentação, transporte, lazer, etc. Assim sendo, compreende que a assistência à saúde é um processo de construção da cidadania dos indivíduos.

Atualmente, o Serviço Social do HU/UFSC conta com uma equipe de 09 (nove) Assistentes Sociais, 15 (quinze) estagiários e um residente em Serviço Social, cuja ação encontra-se pautada pelo “Plano de Atuação do Serviço Social no HU”³⁶, inserido nas

³⁴ Em âmbito Estadual os direitos dos pacientes do SUS, encontram-se dispostos na Lei Estadual-SC nº 13.324 de 2005.

³⁵ “O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social. Tanto no sentido das formas de adoecer intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional de saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduz a eficácia da prestação de serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria - fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade, de integralidade à população brasileira” (CRESS, 2005, p.09).

³⁶ O Plano de Atuação de Serviço Social no HU foi elaborado pelos profissionais da instituição assessorados pelo Departamento de Serviço Social da UFSC, no ano de 2005. Este disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/plano2012/>.

unidades de Ambulatório, Emergência, Clínicas Médicas I, II e III, Clínicas Cirúrgicas I e II, Maternidade, Pediatria e em alguns Projetos Especiais do HU/UFSC³⁷.

Importante ressaltar que a intervenção profissional dos Assistentes Sociais desta instituição, encontra-se pautado por três processos básicos propostos por Nogueira e Mito (2009, p. 282) que são: os processos político-organizativos, os processos de planejamento e gestão e os processos sócio-assistenciais. Sendo que o primeiro se refere à articulação de um conjunto de ações, com destaque para ações de mobilização e assessoria, no intuito de desenvolver, entre os espaços sócio-ocupacionais, ações e discussões, com vistas à universalização, ampliação e a efetivação de direitos sociais. O segundo corresponde ao conjunto de ações, desenvolvidas por profissionais no âmbito da gestão do SUS, nos espaços institucionais e serviços de saúde, com base no planejamento e gestão de serviços sociais, fundadas na objetivação de ações intersetoriais e interinstitucionais. E por último os processos sócio-assistenciais, compreendidos como um conjunto de ações desenvolvidas diretamente com os usuários nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde.

Este último processo, referente às ações sócio-assistenciais, pode ser compreendido a partir de quatro ações distintas, bem como:

- Ações sócio-periciais; com finalidade de subsidiar decisões de determinados órgãos ou profissionais na concessão de equipamentos, benefícios, prestação de serviços e processos de referência e contra-referência, através de pareceres sociais ou técnicos.
- Ações sócio-terapêuticas; voltadas para o apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal vividas pelos usuários e/ou familiares, em momentos críticos como: morte, recebimento de diagnóstico, acidentes, entre outros.
- Ações sócio-emergenciais; objetivando atender as demanda de caráter emergencial, em sua maioria, relacionadas às necessidades básicas de urgência dos usuários e familiares, como fornecimento de peças de vestuário, passagem para condução, medicamentos, cestas básicas, auxílio funeral, entre outros.

³⁷ Programas de Ações Especiais do Serviço Social no HU/UFSC: Projeto de Plantão do Serviço Social junto ao Ambulatório – desenvolvido através de ações sócio-emergenciais e sócio-educativas; Projeto de Atuação do Serviço Social no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica (NIPEG) – atendimento bio-psico-social ao idoso visando autonomia e independência para as atividades diárias, o controle das condições crônicas de saúde e a melhoria da qualidade de vida; Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Núcleo Desenvolver – atendimento clínico educacional à crianças e ao adolescentes de 08 a 14 anos com déficit de aprendizado; Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Laboratório de Estudos da Voz e Audição (LEVA) – atuação junto a equipe interdisciplinar na avaliação de usuários com perda auditiva; Comissão de Humanização – Grupo de Trabalho da Humanização (GTH), espaço coletivo organizado, participativo e democrático, destinado a empreender uma política institucional humanizada na assistência à saúde.

- Ações sócio-educativas; pautadas pelo movimento de reflexão entre usuários e profissionais, efetivadas através da informação e diálogo, no intuito de estabelecer alternativas para o acesso, ampliação e consolidação dos direitos, de maneira que atendam as demandas e necessidades dos usuários.

Com base nesses referenciais é que o Serviço Social do HU/UFSC efetiva sua intervenção junto aos usuários e familiares atendidos nesta instituição, e estabelece como missão;

Desenvolver ações profissionais em Serviço Social, promovendo o protagonismo individual e coletivo no exercício, defesa e ampliação da cidadania. Atuar sob os valores do projeto ético-político do Assistente Social, realizando ações profissionais de assistência, ensino, extensão e pesquisa em saúde com qualidade, contribuindo para o processo de construção de um espaço interdisciplinar para formação crítica, sólida e com competência (CRESS, 2007, p. 23).³⁸

Dessa forma, tem estabelecido os seguintes objetivos norteadores de intervenção profissional: atender as demandas sócio-assistenciais dos usuários do HU/UFSC; desenvolver ações profissionais integradas com os diversos profissionais que prestam atendimento aos usuários, garantindo uma abordagem multidisciplinar; desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença e sobre as ações profissionais desenvolvidas pelo Serviço Social; favorecer ao usuário condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade; desenvolver ações sócio-educativas junto à comunidade universitária e à população circunvizinha ao HU/UFSC (CRESS, 2007).

Efetivando seu compromisso com as diretrizes institucionais e com sua missão o Serviço Social do HU/UFSC desenvolve atividades de estágio supervisionado, contribuindo na defesa de um projeto de saúde comprometido com os princípios do SUS. Nesta dimensão baseia-se nas Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social, onde consta que;

Estágio Supervisionado: é uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio-institucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão será feita pelo professor supervisor e pelo profissional de campo, através da reflexão, acompanhamento e sistematização com base em planos de estágio, elaborados em conjunto entre Unidade de Ensino e Unidade de Campo de estágio [...] (ABEPSS, 1996, p. 18).

³⁸ A missão orientadora de intervenção profissional realizada pelo Serviço Social do HU/UFSC, esta de acordo com as diretrizes políticas estabelecidas por esta instituição, bem como: assistência, ensino, pesquisa e extensão (CRESS, 2007).

A prática profissional junto aos usuários da Clínica Médica III desta instituição, procura desenvolver uma atuação voltada ao acolhimento³⁹, entendendo que entre o profissional e o usuário, se constitui um espaço de trocas, com identificação das necessidades do usuário e da família, bem como a reprodução de vínculos entre estes sujeitos.

Os instrumentais utilizados no processo de intervenção são: entrevista⁴⁰ realizada no momento do acolhimento com o usuário e/ou familiares; a observação quando na visita aos leitos das unidades; a documentação com o cadastramento informatizado das informações obtidas junto aos usuários e/ou familiares; elaboração de relatórios de situação social do usuário; a realização de reuniões quinzenais com a equipe de Serviço Social do HU/UFSC, no intuito de intensificar e qualificar as ações desenvolvidas, bem como planejamento do trabalho; constantes contatos com instituições para acionamento da rede de proteção social, bem como contato com profissionais da equipe de saúde desta instituição com o objetivo de atender as necessidades/demandas dos usuários. Outro instrumental, não tão utilizado quanto os outros, porém não menos importante, é a visita domiciliar, efetivada em situações de extrema vulnerabilidade social, em que a intervenção necessita ser realizada o mais rápido possível; considerando que os serviços da rede de atendimento à população; principalmente aqueles contra violência de crianças e adolescentes, idosos e mulheres; possuem uma demanda elevada, impossibilitando uma rápida intervenção.

Considerando estes instrumentais, algumas ações podem ser pontuadas, bem como: consulta ao censo diário de internação desta unidade, para verificação dos usuários internados; leitura do prontuário dos usuários recém-internados para coleta de dados que poderão subsidiar a entrevista; visita aos leitos para dar continuidade a intervenções em andamento; sistematização de ações referentes aos encaminhamentos/procedimentos realizados, bem como alterações no cadastro sócio-econômico do usuário; avaliação e estudo sócio-econômico

³⁹ De acordo com o que aborda Chupel (2005 apud CRESS, 2007, p. 30) o Assistente Social, através do acolhimento, tem a possibilidade de realizar uma leitura da realidade social em que o usuário esta inserido, em função “da percepção do indivíduo como cidadão, sujeito de direitos e envolto por uma rede de relações sociais e institucionais e não somente observando os aspectos clínicos do processo saúde e doença, mas, considerando seus direitos enquanto usuário do Sistema Único de Saúde”.

⁴⁰ A entrevista aqui apreendida enquanto um instrumental de intervenção utilizado quando na necessidade de priorizar um atendimento individual, para obtenção de informações que possibilitem conhecer a realidade social do usuário, ou seja, de interação entre o assistente social e o usuário. Como aponta Sarmento (1994, p. 284), a entrevista é “Uma relação face-a-face entre duas pessoas ou mais pessoas, sendo que a diferenciação em seu uso é dada pela maneira e a intenção de quem a pratica, mas reconhecendo que é uma relação de distância e envolvendo, conhecimento e ação, pensamento e realidade, interação e conflito, mudar e ser mudado”.

para autorização de fornecimento de refeição para acompanhante⁴¹; através do sistema informatizado desta instituição.

A dinâmica de trabalho também consiste em constantes contatos com a equipe de Enfermagem, no intuito de obter informações referentes aos usuários, bem como a participação na passagem de plantão, na troca de turno, para verificação de demandas para Serviço Social e se manter a par do diagnóstico dos usuários.

Desenvolve ações sócio-emergenciais, através do atendimento das necessidades de urgência dos usuários e familiares, com o fornecimento de auxílio-transporte, solicitação de transporte para o município de origem quando na alta hospitalar; fornecimento de peças de vestuário; cestas básicas; medicamentos; material de higiene; fraldas geriátricas; entre outras.

Nesta direção é possível apresentar a atividade realizada pelo Serviço Social, que atualmente conta com a participação dos profissionais de Nutrição e Psicologia; o Grupo de Acolhimento⁴², que se propõe como uma das ações sócio-educativas desenvolvidas pelo Serviço Social do HU/UFSC. Compreendida enquanto uma ação voltada ao acolhimento, que busca socializar informações referentes aos direitos dos usuários, independente de qual política pública social se está falando; entendida como um instrumento de fortalecimento da população, para que de forma consciente e com propriedade de informação possa reivindicar seus direitos e quem sabe estender-se a uma luta mais coletiva, ou seja, garantido seu espaço enquanto cidadão de direitos e um sujeito político. Com isso, faz-se necessário que o profissional atualize e utilize seus conhecimentos, na propositura de construir respostas necessárias e adequadas às demandas dos usuários. A importância da socialização de informação no cotidiano profissional do assistente social é compreendida por Silva (2000 apud MIOTO, 2009, p. 6) como;

[...] um componente fundamental para a viabilização de direitos, pois se apresenta como uma ação de fortalecimento do usuário para acessar esses direitos e para mudar a sua realidade. Além disso, é uma alternativa para a “tradicional orientação” vinculada à normatividade legal e ao enquadramento institucional dos usuários. Para a autora, a perspectiva do direito nessas ações é conferida por meio de dois aspectos. Um atribuído ao

⁴¹ A autorização de refeição para acompanhante de usuário internado nesta instituição é exclusivamente realizada pelo Serviço Social, subsidiada por um estudo sócio-econômico, seguindo alguns critérios estabelecidos pela instituição, para o acesso, como: menores de 18 anos, pessoas a partir de 60 anos, dependentes emocionais e/ou físicos, entre outros.

⁴² O Grupo de Acolhimento existe desde maio de 2006, fundado com intuito de acolher usuários e seus familiares no ambiente hospitalar. Realizado semanalmente, com os usuários das Clínicas Médicas I, II e III, no período da tarde. A dinâmica do Grupo se dá com base em roteiro formulado pelas estagiárias e pela Assistente Social (Supervisora) das Clínicas Médicas II e III, com informações sobre: Direitos Previdenciários, as Rotinas Hospitalares e da equipe multiprofissional (Medicina, Nutrição, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social), Direitos Trabalhistas, Direito dos Pacientes do SUS. Orientações quanto ao Tratamento Fora Domicílio (TFD), Autorização de Internação Hospitalar, Autorização de Procedimentos de Auto-Custo, entre outras.

compromisso com a cidadania e, portanto, entendida como um processo de politização. Outro que consiste na compreensão do usuário como um “sujeito de valores, interesses e demandas legítimas”, referenciado numa realidade imediata, porém conectada às relações de classes e ao contexto global.

Portanto, é com base nesses instrumentais e referenciais que o Serviço Social do HU/UFSC efetiva sua intervenção profissional junto aos usuários desta instituição, comprometido com o Projeto Ético-Político da Profissão, com os princípios norteadores do SUS, com sua missão e com as diretrizes institucionais, compreendendo ações de ensino, pesquisa e extensão.

Nesse sentido, a seção seguinte abordará questões referentes ao processo de envelhecimento e relações familiares, traçando uma análise entre os elementos discutidos até o momento e situações sociais vivenciadas durante o período de estágio realizado na unidade de Clínica Médica III do HU/UFSC.

SEÇÃO III

3 ANÁLISE SITUACIONAL DE EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO: O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS RELAÇÕES FAMILIARES PERANTE O CUIDADO

Esta seção objetiva apresentar uma análise de situação vivenciada durante o período de estágio⁴³ realizado no HU/UFSC, na unidade de Clínica Médica III, onde foi possível perceber as dificuldades encontradas por familiares e pelos próprios usuários idosos internados nesta instituição, no momento de alta hospitalar, especialmente quando na necessidade de cuidados específicos em domicílio.

Para isso faz-se necessário pontuar a intervenção realizada pelo Serviço Social através das demandas apresentadas pelos familiares e pelos idosos internados, traçando assim um contraponto com a forma como o Estado, através das políticas sociais públicas, tem efetivado sua intervenção na proteção social à família e ao idoso, considerando as dificuldades da família em cuidar desse idoso quando na indisponibilidade de recursos físicos, financeiros e afetivos. Assim questiona-se: quem tem sido o maior responsável pela proteção social à pessoa idosa?

3.1 Processo interventivo do Serviço Social junto as demandas apresentadas pelos idosos e seus familiares

O Serviço Social do HU/UFSC tem sua intervenção junto à pessoa idosa e seus familiares, pautada, nos princípios do SUS, que compreendem a universalidade, equidade e integralidade no atendimento e acesso aos serviços de saúde; também na PNSPI, que trata da saúde da pessoa idosa no âmbito da política de saúde; na PNI e no Estatuto do Idoso, na perspectiva de viabilizar e garantir os direitos expostos nestes documentos; e ainda, e não menos importante, nos documentos que regulamentam a profissão de Serviço Social, bem

⁴³ Estágio Supervisionado realizado na Clínica Médica III – HU/UFSC, no período que compreende março/julho de 2010 e agosto/dezembro de 2010.

como o Código de Ética profissional de 1993 e a Lei de regulamentação da profissão 8.662 de 1993, estes norteados, pelo Projeto Ético Político do Serviço Social⁴⁴.

Os idosos atendidos pelo HU/UFSC são oriundos dos municípios do Estado de Santa Catarina⁴⁵; encaminhados normalmente pelas Secretarias Municipais de Saúde quando na impossibilidade de atender a demanda recorrente pelo usuário no âmbito municipal; e/ou moradores do município de Florianópolis, estes encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento. Importante destacar que o usuário antes de chegar à internação nas unidades hospitalares é atendido na emergência e ambulatório, e posteriormente quando na necessidade, transferidos para as unidades de internação.

A intervenção propriamente dita junto aos usuários é voltada para o acolhimento, onde o instrumento de ação profissional se configura em uma entrevista inicial, que tem por objetivo qualificar o atendimento e buscar a valorização destes, além da obtenção de informações com intuito de conhecer a realidade social em que o idoso esta inserido, bem como os fatores que envolvem sua internação.

Este instrumental utilizado durante as intervenções é constituído por um roteiro prévio, que possibilita dar direção à entrevista, sem necessariamente ter de seguir uma ordem exata, permitindo que o usuário participe ativamente da entrevista ao fornecer informações de acordo com a dinâmica da conversa. Esta constituída dos seguintes elementos norteadores: estado civil do idoso, a maneira como a renda é provida (aposentadoria, pensão, benefício assistencial, trabalho formal ou informal, pela família, ou sem nenhum rendimento), sobre a composição familiar e as relações com os membros da família (com quem reside, o tipo de residência, endereço, telefone, município de origem e de nascimento). Esse primeiro contato possui o intuito de identificar a existência de uma rede de apoio familiar, para possíveis encaminhamentos durante o período de internação e pós-internação, especialmente na necessidade de cuidados específicos em domicílio.

O processo de análise situacional, quanto às relações familiares frente o processo de envelhecimento, quando na necessidade de cuidados pós-internação ao idoso, pode ser

⁴⁴ Que “[...] prioriza uma *nova relação* com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o *compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população*, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumentos indispensáveis para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à *participação dos usuários*” (NETTO, 2009, p. 156).

⁴⁵ Os usuários oriundos de outros municípios do Estado de Santa Catarina, excetuando o do município de Florianópolis, necessitam para atendimento nesta instituição de saúde de uma autorização; disponibilizada pela Secretária Municipal de Saúde do município de origem; para Tratamento Fora de Domicílio (TFD), esta instituída pela Portaria nº 55 da Secretária de Assistência à Saúde (Ministério da saúde), constituída enquanto instrumento legal, que garante direito aos usuários do SUS assistência à saúde fora de seu domicílio, quando na incapacidade deste de prover as condições necessárias de atendimento aos seus munícipes.

efetivado a partir das experiências que o estágio através da utilização desses instrumentais, possibilitou uma reflexão⁴⁶ quanto à intervenção do Serviço Social diante de tal problemática e das formas de intervenção Estatal sobre as necessidades e dificuldades de proteção social à pessoa idosa, bem como a maneira em que as famílias são percebidas nesse processo.

Sobre a Unidade de Clínica Médica III onde o estágio se deu, destaca-se que esta é composta por 29 leitos, destes 20 são disponibilizados para usuário do sexo feminino, 08 para o sexo masculino e 01 leito para isolamento respiratório. A equipe é composta por profissionais de Enfermagem, Técnicos de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, além de estagiários das diversas áreas que atuam em conjunto com a equipe no atendimento aos usuários. Nesse espaço o trabalho é realizado de maneira interprofissional, onde as ações realizadas se fazem de forma articulada e interligada, objetivando a troca de informações sobre o atendimento realizado para com o usuário, no intuito de qualificar as ações profissionais geridas pela equipe.

Por meio das entrevistas e no contato com a equipe de saúde da unidade, é possível apontar as demandas mais recorrentes pelo público idoso e seus familiares. Dentre elas a procura por orientações previdenciárias, sobre como requerer a aposentadoria, a idade e o tempo de contribuição necessário para acessar os benefícios previdenciários. Nesse sentido realizam-se orientações também aos familiares de idosos aposentados por invalidez, que se encontram totalmente dependentes de terceiros, quanto ao direito de acréscimo de 25% sobre o valor de seu benefício, bem como o procedimento para requerer tal benefício e a forma de acesso. Outra demanda bastante recorrente se refere ao acesso do serviço de oxigenioterapia domiciliar⁴⁷, em como encaminhar o pedido para tal serviço; o Serviço Social e o Médico, responsável pelo acompanhamento deste idoso durante a internação, preenchem uma guia de solicitação, com isso a família é orientada a encaminhá-la na Unidade de Saúde do bairro ou na Secretária de Saúde do município de origem. O acesso aos medicamentos disponibilizados ou não pelo SUS, também se fazem presentes na intervenção do Serviço Social, referentes à orientação quanto aos receituários médicos, o acesso aos medicamentos não disponíveis na

⁴⁶ “[...] de procurar entender, explicar, conhecer e apreender a realidade naquilo que lhe é essencial, com o apoio de procedimentos metodológicos cuidadosamente planejados e de uma sólida fundamentação teórica; realizar análise de situações concretas iniciando com a pesquisa da prática profissional na sua contextualização e temporalidade histórica, ou seja, apreender a prática profissional no interior das múltiplas determinações do capitalismo contemporâneo” (SETUBAL, 2007, p. 67).

⁴⁷ Este serviço é muito acessado por pessoas idosas, por se tratar de um tratamento para doença crônica pulmonar, que afeta em sua maioria à população idosa, como aponta a PNSI (1999); “Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipamentos multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas”.

rede básica de farmácia do SUS, diante disso procura viabilizar o fornecimento destes, como preconizado pelo Estatuto do Idoso, artigo 15 que;

Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. (BRASIL, 2003).

O Serviço Social, através da Lei Estadual de Santa Catarina nº 13.324 de 2005, em seu artigo 26, que se refere aos Direitos dos Pacientes, viabiliza juntamente com a instituição o direito que o idoso e qualquer outro usuário dispõem de ter um acompanhante durante as internações e consultas, se assim desejarem, também disposto pelo artigo 16 do Estatuto do Idoso que, “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico” (BRASIL, 2003). Geralmente o acompanhante é um membro da família, que permanece em tempo integral, solicitando realizar as refeições na instituição, esse processo é realizado com base em alguns critérios estabelecidos pela própria instituição, a avaliação é realizada pelo Serviço Social, um desses critérios se refere à idade do usuário, que possuindo 60 anos ou mais, que por si só, se configura o direito ao acesso a esse serviço oferecido pelo HU/UFSC.

Com frequência as famílias dos idosos são chamadas a proverem os cuidados, especialmente quando na impossibilidade deste realizar seu auto-cuidado, tanto durante o período de internação, quanto no pós-internação, em que estes cuidados passam a ser realizados prioritariamente no âmbito familiar. Ao ser procurado para intervir nas relações familiares referentes às dificuldades que algumas famílias encontram para oferecer proteção ao idoso, o Serviço Social, baseado nos aparatos legais que garantem os direitos da pessoa idosa, bem como a PNI, o Estatuto do Idoso, a PNSPI, em que a família é compreendida como principal responsável pela proteção social à pessoa idosa, busca primeiramente orientar a família quanto às alternativas que a mesma pode obter para que também possa ser protegida pelos serviços sociais disponíveis pela rede de proteção social e assim ter a possibilidade de promover os cuidados para com o idoso. No entanto, existem situações em que a família, tanto por dificuldades de recursos físicos, econômicas ou de saúde, quanto pelo fato de que este idoso encontra-se em situação de vulnerabilidade devido ao rompimento dos vínculos familiares⁴⁸, (a experiência de estágio possibilitou perceber que na maioria dos casos em que

⁴⁸ Compreendido para tal intervenção no âmbito da Assistência Social a Proteção Social Especial de Alta Complexidade, “[...] que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido

o vínculo familiar encontrava-se rompido, se dava pelo fato do idoso, em sua vida adulta, ter abandonado seus familiares), inexistindo assim uma rede de proteção familiar, impossibilitando que esse idoso retorne ou se reinsira na dinâmica familiar, o Serviço Social procura acessar a rede de proteção social à pessoa idosa, na perspectiva de garantir ao usuário o acesso aos serviços sociais fora do âmbito familiar, ou seja, junto à esfera pública, através de órgãos de viabilização de direitos, como em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), entre outros. Como exposto pelo Estatuto do Idoso em seu Capítulo IX sobre habitação artigo 37, inciso 1º em que, “A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família” (BRASIL, 2003). Esse processo de intervenção é efetivado a partir do entendimento de que o processo do cuidado para com o idoso se dá na realidade sobre uma dinâmica que se coloca em um duplo sentido;

A dinâmica de sentido positivo prende-se com o reconhecimento da importância dos laços familiares e das pertencas comunitárias para o bem-estar individual e com a especificidade do apoio de caráter expressivo que só as famílias podem proporcionar. Concomitantemente, desenvolve-se uma dinâmica de sentido negativo que se prende com a perda de sustentabilidade dos sistemas públicos de proteção social e com a insuficiência das respostas face às crescentes solicitações (PIMENTEL, 2008, p. 3).

Nesta direção o Serviço Social tem se deparado freqüentemente com a questão do “abandono” de idosos nas dependências da instituição hospitalar, por parte dos familiares. Nesse sentido a intervenção se faz primeiramente na busca pela rede familiar, no intuito de reconhecer a dinâmica familiar em que o usuário encontra-se inserido, sua relação com os mesmos e com a comunidade onde reside; no intuito de promover uma reaproximação dos vínculos familiares. Quando na resistência tanto por parte dos familiares, quanto do próprio idoso em retornar para sua família, é realizado contato com os serviços da rede de proteção social pública e pública não-estatal, na perspectiva de inserção deste idoso em algum programa de amparo à pessoa idosa; o que nem sempre é possível devido à fragilidade desta rede.

Outro fator importante a ser considerado é a questão da renda desses idosos, pois se observa que nas situações em que o vínculo familiar encontra-se rompido por um longo período, este muitas vezes não possui renda fixa, e que anteriormente ao agravamento de suas condições de saúde, seu sustento era provido por trabalhos informais e/ou pela colaboração de vizinhos e da comunidade, ou seja, não possuem nenhum tipo de benefícios, nem trabalho

para famílias e indivíduos que se encontrem sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário” (PNAS, 2004).

formal; fator este que também dificulta a (re) inserção deste idoso na dinâmica familiar. Diante disso o Serviço Social procura viabilizar o acesso deste usuário ao BPC, quando na observância dos critérios estabelecidos para tal, no intuito de possibilitar que a família, em casos onde o abandono se dá pela falta de recursos financeiros possa ser sanada, ou ainda como alternativa de facilitar o acesso à ILPs.

A partir da configuração realizada, sobre a intervenção do Serviço Social do HU/UFSC referentes às demandas relacionadas à população idosa, através das possibilidades e dificuldades encontradas no cotidiano dos profissionais de Assistência Social na saúde, mas especificamente aquelas que compõem as relações familiares e o processo de envelhecimento perante os cuidados; que diante do acelerado crescimento deste segmento tem se apresentado com maior frequência nas unidades de saúde e de assistência social; é possível tecer uma reflexão mais aprofundada acerca desses determinantes e a forma de enfrentamento dessas questões pelo Estado e pela família. Tratando principalmente da responsabilização da família no cuidado do idoso, e o que tem sido considerado nesse processo de intervenção, se apenas o aparato legal e/ou as condições físicas, financeiras, psicológicas, bem como a história da família atendida.

Com isso o item a seguir procurará tecer uma relação entre a intervenção e demandas do Serviço Social nesta instituição de saúde, referentes ao processo de envelhecimento e as considerações a qual o presente estudo se propôs até o momento.

3.2 Responsabilização da família perante o cuidado: quais fatores tem sido considerados no processo interventivo de proteção social à pessoa idosa?

Reconhecidamente o processo de envelhecimento tem sido alvo de intervenção do Serviço Social nas diferentes políticas sociais; na área da saúde e da assistência social a maior demanda se dá na necessidade de cuidados especiais para com idoso. Nesse sentido a família é chamada a se responsabilizar por esse cuidado, tanto em âmbito hospitalar em casos de internação, quanto no espaço domiciliar; considerando que ao Estado cabe o papel de formulador de políticas sociais em que a proteção social se dá somente na extrema

necessidade, através de programas e serviços focalizados e pontuais. Acordando com o que Yazbek⁴⁹ afirma:

Assim, o “modelo” é um Estado que reduz suas intervenções no campo social e que apela à solidariedade social, optando por programas focalistas e seletivos caracterizados por ações tímidas, erráticas e incapazes de alterar a imensa fratura entre necessidades e possibilidades efetivas de acesso a bens, serviços e recursos sociais. Cresce o Terceiro Setor. Aparece com força a defesa de alternativas privatistas para a questão social, envolvendo a família, as organizações sociais e a comunidade. Esta defesa [...], é legitimada pelo renascimento de idéias liberais que referendam a desigualdade. Assim, as propostas neoliberais, em relação ao papel do Estado quanto à questão social, são propostas reducionistas que esvaziam e descaracterizam os mecanismos institucionalizados de proteção social [...] (YAZBEK 2001 apud GUEIROS, 2002, p. 104).

O Estado, como tratado na primeira seção, desde a década de 1990, avançou na proteção social à pessoa idosa, com a formulação de políticas sociais voltadas ao atendimento e garantia de direitos sociais a este segmento, bem como a elaboração da PNI, da PNSI e do Estatuto do Idoso. No entanto, sua intervenção nessa área se dá de forma fragmentada, ao transferir responsabilidades para os segmentos da sociedade, como a família e a sociedade civil, através de organizações não-governamentais e entidades filantrópicas.

Porém o maior foco de responsabilização pelo cuidado para com o idoso está centrado na família⁵⁰, esse processo é perceptível junto ao aparato legal que garante os direitos a este segmento, ao compreender o espaço da família como prioritário para configuração das relações sociais, de participação e cuidado. Como disposto no artigo 3 do Estatuto do Idoso, em que os setores informais da sociedade aparecem como os principais responsáveis por garantir o acesso a serviços e aos direitos sociais deste segmento, portanto;

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 (BRASIL, 2003).

⁴⁹ Isto é discutido pela autora em um de seus artigos, intitulado: Pobreza e exclusão Social: Expressões da Questão Social no Brasil.

⁵⁰ Mioto (2008) apresenta em seu estudo sobre “Família e políticas sociais”, os conceitos de desfamiliarização e familismo, estes discutidos por Esping – Andersen. Por desfamiliarização “[...] refere-se ao grau de abrandamento da responsabilidade familiar em relação à provisão de bem-estar social, seja através do Estado ou do mercado. [...] pressupõe a diminuição dos encargos familiares e a independência da família especialmente em relação ao parentesco, através de políticas familiares/sociais”. Em sentido contrário, “O familismo, [...] está presente nos sistemas de proteção social em que a política pública considera – na verdade insiste – em que a unidade familiar deve assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros” (ESPING-ANDERSEN 1991 apud MIOTO 2008, p. 136). Este último modelo de proteção social é condizente com aquele empreendido pelo Estado brasileiro, na provisão de serviços e programas destinados ao atendimento das necessidades da família e de seus membros.

No contexto atual⁵¹,

Assiste-se, então uma supervalorização da família, especialmente no âmbito das políticas públicas. Este fenômeno acontece em decorrência de um projeto neoliberal instaurado em escala global e que tem se configurado de diferentes formas nos diferentes países. Nos países pobres que tradicionalmente são marcados por desigualdades sociais de caráter estrutural e por sistemas de proteção social de caráter familista, assiste-se o incremento desse processo (PEREIRA 2004 apud MIOTO, 2008, p. 141).

Assim, a intervenção profissional do assistente social sobre as questões referentes à família, se dá sobre um campo contraditório das relações sociais, pois ao mesmo passo, que através de sua atuação busca viabilizar e garantir os direitos sociais acaba por reproduzir os interesses de preservação do capital, ou seja, a prática profissional é particularmente polarizada pelos interesses de classes sociais em relação.

Assim, podemos afirmar que o Serviço Social, participa tanto do processo de reprodução dos interesses de preservação do capital, quanto das respostas às necessidades de sobrevivência dos que vivem do trabalho. Não se trata de uma dicotomia, mas do fato de que ele não pode eliminar essa polarização de seu trabalho, uma vez que as classes sociais e seus interesses só existem em relação. Relação que [...], é essencialmente contraditória e na qual o mesmo movimento que permite a reprodução e a continuidade da sociedade de classes, cria as possibilidades de sua transformação (YAZBEK, 2009, p. 4).

Considerando as questões que permeiam a atuação profissional em sua intervenção junto às demandas referentes ao segmento idoso e suas famílias no âmbito hospitalar, que o processo de análise situacional se fundamentou, na observância - no decorrer do processo de estágio - das relações familiares frente à responsabilidade de cuidar de um idoso dependente para o auto-cuidado e nos dispositivos de proteção social disponíveis para a população idosa e as famílias.

Nesse sentido, a experiência de estágio, possibilitou realizar uma reflexão acerca da prática profissional e dos determinantes sociais que a permeiam, bem como as demandas apresentadas pelos usuários no âmbito institucional e as respostas que são possíveis de serem viabilizadas, considerando a precariedade dos serviços oferecidos pelo Estado, além da maneira como este as percebe, na dinâmica das relações sociais.

⁵¹ Faz-se necessário destacar a importância que a família tem na configuração das relações sociais ao longo da história. Mioto (2008, p. 133) aborda essa questão com propriedade, e cabe aqui ressaltá-la: “O agravamento da questão social determinou mudanças significativas nas formas de proteção social, levando o Estado a constituir-se como principal ator de regulação das relações entre a economia e as demandas sociais”. “[...] denominado de Estado de Bem-Estar Social” (HARVEY 1996 apud MIOTO, 2008, p. 134). “Porém, a assunção do Estado como elemento-chave na garantia da proteção social em nenhum momento significou o abandono das antigas formas de proteção social. [...] a família nunca deixou de ter papel significativo na organização e desenvolvimento dos diferentes sistemas de proteção social” (MIOTO, 2008, p. 134).

Ao observar as demandas colocadas pelo segmento idoso e por seus familiares, frente à necessidade de cuidados especiais, foram observadas algumas dificuldades enfrentadas pelas famílias e pelos idosos, bem como questões financeiras pela falta de recursos para prover à proteção necessária ao idoso; falta de espaços físicos residenciais para receber um idoso dependente, muitas vezes acamado; questões emocionais, como depressão por parte do cuidador familiar devido aos desgastes com o cuidado; e dificuldades afetivas decorrentes do histórico das relações familiares.

Diante disso, a maior reflexão se dará sobre o último aspecto apresentado, quanto às dificuldades das famílias de (re) inserir o idoso - que a muito esteve longe do convívio familiar - na dinâmica familiar, questões que se tornaram presentes no decorrer do processo de aprendizado, vivenciadas na experiência de estágio. Sendo os motivos afetivos os que se tornaram mais aparentes durante esse processo, pois estes comportam as relações familiares compreendidas a partir de sua história, que na sua maioria se configurou pelo abandono familiar.

Essa demarcação de tema se deu a partir dos seguintes questionamentos: Como responsabilizar os familiares pelo cuidado de uma pessoa que os abandonou? E como o Serviço Social, tem efetivado sua intervenção sobre estes aspectos, quais as dificuldades, possibilidades e o que tem sido considerando durante o processo interventivo?

Ao buscar respostas ao primeiro questionamento, percebe-se que este não é um debate que se faz presente em nossa sociedade atualmente, o mais freqüente é que se discutam as formas de proteção social à pessoa idosa, voltadas a responsabilização da família e da sociedade civil. Nesse sentido, à família permanece como centro das atividades de proteção social à pessoa idosa, e suas dificuldades, pouco tem sido consideradas pelas políticas sociais públicas. Nessa direção os serviços de atendimento as famílias e aos idosos têm sido pautados na extrema necessidade de intervenção das esferas públicas. Colocando-se que:

A lógica de atendimento dos serviços, geralmente, está orientada para as famílias que, por falimento ou pobreza, falharam na responsabilidade de cuidado e proteção de seus membros. Nesta perspectiva, os interesses, tanto de natureza política como sociocultural, recaem sobre as formas diagnosticadas como marginais ou patológicas, o que justifica a concentração dos esforços em procedimentos terapêuticos de intervenção. Tais procedimentos estão atrelados a uma concepção de reparação de danos e a família é tomada cada vez mais como objeto de intervenção terapêutica (DONATI, 1996; MIOTO, 2000a; PEREIRA, 2000 apud MIOTO, 2004, p. 7).

Com isso, as famílias cujos vínculos familiares foram rompidos ficam a mercê das determinações legais dispostas pelo aparato legislativo de garantia de direitos da pessoa idosa,

que responsabiliza (“obriga”) estas a prestarem a devida proteção social ao idoso. Caso haja negação de tal procedimento, o familiar é responsabilizado civilmente por abandono ou negligência, considerado crime em espécie, como disposto no Capítulo II do Título VI – Dos Crimes, do Estatuto do Idoso; verificado no artigo 98;

Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado: Pena – detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, o Serviço Social nesta instituição tem efetivado sua atuação profissional, principalmente ao que se refere às questões relacionadas ao segmento idoso e suas famílias, em compreender a dinâmica familiar no contexto onde o idoso está ou irá se inserir. Considerando as particularidades dos indivíduos, ao mesmo passo que busca compreender a totalidade das relações sociais do idoso e da própria família, no intuito de poder refletir e propor alternativas de enfrentamento para tal demanda. Um dos aspectos bastante marcante na intervenção realizada pelos assistentes sociais se faz na busca da não vitimização dos indivíduos, já fragilizados pelo processo de vulnerabilidade, aqui caracterizado pelo rompimento dos vínculos familiares. Onde a procura por respostas as demanda são construídas, em conjunto com os usuários.

Podendo assim apontar um dos eixos⁵² abordados por Mioto (2004), em seu estudo sobre o os desafios para os assistentes sociais no trabalho com a família, como fundamentais à prática profissional junto às famílias, independente de que política ou instituição a intervenção se dá, pontua-se assim que:

Ao eixo do conflito e da transformação estariam vinculadas as ações direcionadas às famílias, enquanto sujeitos sociais, objetivando a construção da cidadania e a defesa de seus direitos. Dessa forma, as condutas, dificuldades e problemas expressos pelas famílias enquanto grupo ou pelos seus membros são interpretados como expressão de conflitos instaurados no contexto de uma dinâmica familiar. Porém, tal dinâmica é decorrente de uma história e de uma estrutura familiar, profundamente marcada pelas contradições de uma sociedade em um determinado momento histórico. Daí a postulação de um processo de intervenção integrado que contemple ações em diferentes níveis, a saber: o da proposição, articulação e avaliação de políticas sociais; o da organização e articulação de serviços e o da intervenção em situações familiares (intervenção direta) (MIOTO 2000b apud, MIOTO 2004, p. 12).

⁵² São dois os eixos abordados por Mioto (2004), apresentados como paradigmáticos, definidos por um conjunto de proposições teórico-metodológicas e ético-políticas. Compreendendo, portanto o eixo da normatividade e estabilidade, este vinculado a dois modelos de intervenção o técnico-burocrático e o psicossocial individualizante; e o eixo do conflito e da transformação, apresentado neste texto.

No entanto a intervenção profissional no espaço hospitalar, frente às demandas referentes ao segmento idoso e suas relações familiares, tem sido permeada por diversas dificuldades. Dentre estas se destacam a indisponibilidade que as famílias têm em receber o idoso em seus lares e a dificuldade de articulação com rede de proteção social.

Devido à indisponibilidade das famílias em (re) inserir o idoso no seu convívio familiar, muitas das vezes, este permanece por um período maior que o necessário nas dependências hospitalares, o que caracteriza abandono por parte da família. Nesse sentido, primeiramente o Serviço Social, contata os familiares para reconhecer as necessidades da mesma e as condições concretas do rompimento dos vínculos familiares. No entanto, o mais recorrente é que esta família não esteja disposta a receber esse idoso, nesses casos procura-se articular a rede de proteção social, nesse sentido alerta-se o familiar quanto à questão do abandono⁵³, e realiza-se uma interlocução entre o usuário idoso e o familiar para que em conjunto se encontre alternativas. Diante do exposto o mais recorrente é que se opte pela institucionalização, o que se configura em mais uma dificuldade, devido à falta de vagas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)⁵⁴. Configurando-se como mais uma dificuldade posta à intervenção do Serviço Social junto às famílias.

Nesse sentido cabe destacar, que o Serviço Social tem um longo caminho a percorrer, tanto no campo da prática profissional, quanto na produção de conhecimento sobre as questões que compreendem as dinâmicas familiares e suas relações sociais, diante de um contexto contraditório, onde o Serviço Social se configura como mediador entre os interesses das classes sociais, numa conjuntura de hegemonia do ideário neoliberal, que tem colocado as políticas sociais no plano do extremamente necessário, transferindo a responsabilidade pela proteção social aos segmentos informais da sociedade (família, vizinhos e comunidade) e para organizações não-governamentais e sem fins lucrativos. É, portanto nesse terreno tênue, que

⁵³ No município de Florianópolis – SC, onde a instituição se encontra, pode-se destacar o serviço que atende idoso em situação de violência – neste sentido o abandono é caracterizado como forma de violência – o CIAPREVI – Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa. Órgão ao qual o Serviço Social do HU/UFSC busca articular no intuito de garantir os direitos da pessoa idosa, quando no esgotamento das alternativas viabilizadas pela intervenção em âmbito hospitalar. No entanto, cabe destacar a dificuldade que se tem de articulação com esse serviço, devido à falta de respostas as demandas colocadas, no cotidiano da prática profissional.

⁵⁴ No Estado de Santa Catarina (SC) o Poder Público tem se eximido da responsabilidade pela proteção social de alta complexidade destinada à população idosa, deixando ao cargo de entidades sem fins lucrativos, organizações não governamentais e instituições privadas o provimento pela proteção a este segmento, quando na indisponibilidade de cuidado no âmbito familiar. Isto visto a partir dos estudos de Camarano (2008, p. 50) sobre as características das ILPIs no Sul do Brasil, onde traça o perfil de cada um dos três Estados – Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina – sendo este último o que nos é tocável a intervenção profissional; ao colocar que; “Cerca de 2,0% das instituições do estado se declararam mistas e nenhuma afirmou ser pública. Esta última informação é condizente com a baixa participação de recursos públicos no total do financiamento, [...]. A despeito disso, 66% das instituições declararam ter parcerias ou convênios. Destas, 45,2% mencionam contar com algum tipo e parceria com órgãos públicos envolvendo repasses financeiros”.

o Serviço Social precisa, através de sua intervenção na realidade social dos segmentos vulneráveis da sociedade, fortalecer seu Projeto Ético-Político, hoje hegemônico na profissão, baseado em uma intervenção que se efetiva no reconhecimento das necessidades dos indivíduos, de forma a compreender a gama das relações sociais, a qual este está inserido, ou seja, perceber os indivíduos em sua totalidade, enquanto sujeitos de direitos, que constroem e participam da história da humanidade, buscando assim uma transformação social.

Além disso, buscar junto aos movimentos sociais, fóruns e conselhos participativos, espaços para luta por políticas sociais que atendam as reais necessidades da população, na perspectiva de que o Estado se configure como maior responsável pela proteção social dos cidadãos, e assim levar a sociedade a uma efetiva transformação, especialmente na forma como o Estado responde as necessidades, e como este formula e executa suas políticas e legislações. Deixando de lado a prática pela prática, nos espaços institucionais, onde as reais demandas da população se fazem presentes, colocando a necessidade de que as experiências vivenciadas nesses espaços possam servir para reflexão de uma coletividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho que aqui se finaliza, não se propôs apenas a cumprir uma exigência acadêmica com vistas a alcançar o título profissional, mas em apresentar uma reflexão acerca das relações familiares frente o processo de envelhecimento, mais especificamente quando na necessidade da realização de cuidados especiais para com o idoso, e as formas de proteção social existentes no país atualmente, bem como a intervenção profissional do Serviço Social sobre os determinantes sociais decorrentes desse processo em um contexto hospitalar.

Tendo como determinante para a construção deste estudo, a possibilidade de reconhecer as formas como o processo de envelhecimento vem se configurando na atualidade e compreender as questões de âmbito social, político, econômico e tecnológico que possibilitaram o acelerado crescimento da população idosa em todo o mundo, mais especificamente no Brasil. Esse processo se tornou aparente ao Estado na medida em que as demandas foram se fazendo presentes, através de reivindicações dos segmentos organizados da sociedade, particularmente dos idosos

Diante disso, o Estado brasileiro em meados da década de 1970 empreende as primeiras iniciativas governamentais, direcionadas à população idosa, com base na compreensão que o crescimento acelerado desse segmento, necessitava de respostas condizentes com as necessidades até então aparentes.

No entanto é perceptível, neste estudo, que o Estado brasileiro somente elabora mecanismos específicos ao atendimento das demandas dos idosos, a partir da década de 1990, após a promulgação da Constituição Federal no ano de 1988, que já apresentava em seus artigos a necessidade de proteção social aos segmentos vulneráveis da sociedade, bem como a garantia de uma renda ao idoso sem condições de prover seu sustendo ou deste ser provido por sua família (BRASIL, 1998, art. 203). Portanto, no ano de 1994 a Política Nacional do Idoso é formulada conferindo um maior aporte legal garantidor de direitos sociais a este segmento, mais tarde em 2003 é regulamentado o Estatuto do Idoso e em 2004 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Essas conquistas se efetivaram em contexto contraditório, em que o Estado brasileiro efetiva suas ações, fundamentado pela lógica neoliberal de diminuição deste na intervenção das políticas sociais, ao elevá-las a lógica do mercado, através das privatizações. Colocando para a sociedade uma proteção social minimalista, focalizada e pontual. Nesse sentido

incorpora aos princípios norteadores da Constituição Federal de 1988, de descentralização e participação, a compreensão “recomendada” pelos neoliberais, onde descentralização se configura na transferência de responsabilidades do Estado para as organizações não-governamentais e entidades filantrópicas e para os segmentos informais da sociedade (família, vizinhos e comunidade) e a participação remetida ao conceito de parceria e colaboração (TEIXEIRA, 2007).

Assim a proteção social à pessoa idosa pode ser percebida, como de responsabilidade da família, considerando a lógica empreendida pelo Estado. Além disso, os serviços sociais a estes segmentos têm sido oferecidos de maneira precária, pontual e focalizada; o Estado tem efetivado sua intervenção apenas junto às demandas de extrema necessidade, quando nem a família e nem a sociedade possuem condições para tal. Com isso recai sobre a família toda a responsabilidade pela proteção social aos seus membros.

Essa configuração da responsabilização da família no trato da proteção social foi abordada durante a produção do trabalho, ao identificar junto à intervenção do Serviço Social as demandas dos usuários idosos e familiares, cujas necessidades encontravam-se centradas nas dificuldades que as famílias apresentaram no tocante aos cuidados específicos para com o idoso. Considerando que o aparato legal, garantidor dos direitos dos idosos reafirmam esse responsabilização, como apresentado no decorrer do trabalho.

Diante disso o Serviço Social efetiva sua intervenção frente à essa problemática, na perspectiva de viabilizar a (re) inserção do idoso à dinâmica familiar. Na concretude da indisponibilidade para tal, procura articular a rede de proteção social do Estado de Santa Catarina, onde a instituição esta inserida; o que nem sempre é possível e /ou viável devido à falta de articulação da rede e da precarização dos serviços sociais de atendimento ao segmento idoso, bem como a falta de vagas em ILPIs.

Outra questão que se configurou durante o trabalho, são os motivos que inviabilizam a (re) inserção do idoso ao convívio família (econômicos, físicos, emocionais e afetivos), sendo que os motivos afetivos se tornaram mais aparentes, pois estes comportam as relações familiares compreendidas a partir da história desta, que na sua maioria se configurou pelo abandono familiar.

Para tanto o estudo aponta que a intervenção profissional, não deve apenas considerar o momento estático da vida do idoso como tal, na viabilização dos seus direitos, mas também, e não menos importante, realizar sua intervenção compreendendo a historicidade das relações sociais e familiares em que este idoso está imbricado, ou seja, tomando como ponto de análise a totalidade das suas relações. Para que a prática não fique atrelada apenas

ao aparato legal, que tem apresentado como principal premissa a responsabilização das famílias, desconsiderando suas condições e relações de pertencimento; para que não se responsabilize os indivíduos a cuidarem de outro com quem não possuem nenhum tipo de vínculo (econômico, físico, cultural, social, e/ou afetivo); assim reforçamos a necessidade de que a viabilização dos direitos sociais, tanto para os idosos, quanto para as famílias, seja efetivada e respeitada, mas sem que a família seja penalizada e responsabilizada por cuidar de uma pessoa, seja esta idosa ou não, cujos vínculos familiares foram rompidos a muito.

Com isso coloca-se a necessidade de exigir do Estado que esse se responsabilize pela proteção social aos cidadãos, garantindo, a aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade e/ou risco social, por quaisquer motivos que sejam, tenham seus direitos fundamentais garantidos.

Por fim, propõe-se a necessidade de que este tema seja colocado em pauta tanto no âmbito acadêmico, quanto profissional, para que se possa qualificar a intervenção profissional junto aos idosos e seus familiares, nos diversos espaços de atendimento a estes segmentos, propondo alternativas de respostas a tais demandas. E como forma de pressionar o Estado a responsabilizar-se pela proteção social, faz-se necessário levar esse tema para os espaços de luta coletiva, bem como os fóruns, Conselhos e Conferências, no intuito de promover mudanças nas políticas sociais públicas, a ponto de conterem o teor necessário de proteção social as famílias e aos idosos.

REFERÊNCIAS

AROUCA, A. S. S. **Saúde e democracia**. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério de Saúde, 1987.

ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro, nov. 1996. Disponível em:
http://www.abepss.org.br/briefing/graduacao/Lei_de_Diretrizes_Curriculares_1996.pdf.
 Acesso em: 20 nov. 2010.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Contra-reforma do Estado, seguridade social e o lugar a filantropia**. Serviço Social e Sociedade: Políticas Públicas e Sociedade Civil, São Paulo, n. 73, p.101-119, mar. 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. Biblioteca Básica de Serviço Social, 5. ed. 2 v. São Paulo: Cortez, 2008

BOCHETTI, Ivante et al. (Org.). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

BORGES, C.M.M. “**Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania**”. In: FREITAS, E. V. de. et. al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap.124, p.1037-1041.

BORGES, Mª Cláudia. **Os Idosos e as políticas públicas no Brasil**. In: SIMON, Olga (Org.). As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas – SP: Alínea, 2003. p. 79-104.

BRASIL . Ministério da Administração e de Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Brasília, 1995.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 6.179 de 11 de dezembro de 1974. **Institui amparo previdenciários para maiores de 70 anos de idade e para inválidos, e dá outras providencias**. Disponível em:
<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1974/6179.htm>. Acesso em: 20 set. 2010.

_____. **II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: RENADI.** Out. de 2008. Disponível em: <www.saude.sp.gov.br/resources/profissionais/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/conferencia_renadi.pdf>. Acesso em: 30 out. 2010.

_____. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Portaria nº 2.528/2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2010.

_____. **Políticas Nacional de Saúde do Idoso:** Portaria nº 1395/GM de 1999 . Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>>. Acesso em: 13 out. 2010.

_____. **Política Nacional do Idoso.** Lei no. 8842, jan. 1994. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm> . Acesso em: 13 set. 2010.

_____. **Política Nacional de Assistência Social.** Resolução nº 145 de 15 de outubro de 2004. Brasília-DF, 2004, p. 9-67.

_____. Lei nº 8.213 de julho de 1991. **Dispões sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/trabalhista/lei8213.htm>. Acesso em: 23 out. 2010.

_____. Lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/sedh/> . Acesso em: 30 set. 2010.

_____. Lei nº 8.080, de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições da saúde, ações e serviços e dá outras providências.** Brasília-DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília-DF, 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342. Acesso em: 12 nov. 2010.

_____. Lei 11.108, de 7 abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Brasília-DF, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 15 nov. 2010.

_____. Lei nº 8.662 de junho de 1993. **Regulamentação da Profissão de Assistente Social.** Brasília – DF, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf. Acesso em: 17 nov. 2010.

_____. Lei nº 8.742 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social.** Brasília-DF, 1993.

_____. Portaria nº 399/GM de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 13 out. 2010.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil.** In: Ana Elizabete Mota; Maria Inês Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes. Marlene Teixeira (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009, v. 1, p. 88-100.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para Debate. In: Mota, Ana Elizabete et. al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2009, ed. 4, Cap. 3. p. 197-217.

CAMARANO, Ana Amélia. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Sul.** IPEA, 2008. Disponível em: <http://www.prsp.mpf.gov.br/prdc/area-de-atuacao/dpesidt/Livro_CaractdasInstituicoesRegiao_CentroOeste.pdf>. Acesso em: 13 set. 2010.

CAMARANO, Ana Amélia. **Mecanismos de Proteção Social para a População Idosa.** IPEA, 2006. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2006/td_1179.pdf>. Acesso em: 25 set. 2010.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap. 6, p. 58-71.

CAMARANO, Ana Amélia; BELTRÃO, Kaizô Iwakami; KANSO, Solange. **TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1034: Dinâmica Populacional Brasileira da Virada na Virada do Século XX.** IPEA, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2004/td_1034.pdf>. Acesso em: 28 out. 2010.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas**. In: Ana Amélia Camarano. (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos anos 60?. 1 ed. Rio de Janeiro: IPEA, 2004,v. 1, p. 253-292. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_16_Cap_08.pdf>. Acesso em: 28 out. 2010.

CAMPOS, Edval Bernadino. Assistência Social: do descontrole ao controle social. **Serviço Social e Sociedade**: Espaços públicos de controle social, São Paulo, n. 88, p.101-121, nov. 2006.

CARDOSO, Luzia Magalhães et al. **Proteção Social no Brasil**: O impasse entre a garantia de direitos e a visão de benefícios. UNISUAM, . Disponível em:
<http://www.unisuam.edu.br/augustus/pdf/ed24/rev_augustus_ed_24_08.pdf>. Acesso em: 22 out. 2010.

CFESS. **Código de Ética Profissional de Assistente Social**. Resolução CFESS nº 272, de 13 de março de 1993.

_____. **Parâmetro para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, nov. 2009.

_____. Resolução CFESS nº 383 de março de 1999. **Caracteriza o assistente social como profissional de saúde**. Disponível em:
http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 18 nov. 2010.

CNDI. **Conferência Nacional de Direitos do Idoso**: Construindo a Rede nacional de Proteção e defesa da Pessoa Idosa – RENADI. Maio de 2006. Disponível em:
http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/i_conferencia_idoso.htm. Acesso em nov. 2010.

CRESS, 12ª Região. **A atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Caderno de Textos; São Paulo, 2005.

_____. A atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Caderno de Textos n. 7**. Florianópolis, 2007.

COSTA, Neidil Espinola da; MENDONÇA, Jurilza Maria; ABIGALIL, Albamaria. **Políticas de Assistência ao Idoso: A Construção da Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa no Brasil**. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap. 132, p. 1077-1082.

DRAIDE, Sônia. **A política social no período FHC e o sistema de proteção social.** Publicado em 2003 - Tempo Social - USP. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v15n2/a04v15n2.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2010.

_____. **“As políticas sociais e o neoliberalismo”.** *Revista da USP*, n.17, p.10-17, 1993.

FREITAS, Elizabete Viana de et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GUEIROS, D. A. **Família e proteção social:** questões atuais e limites da solidariedade familiar. *Serviço Social e Sociedade: Famílias*. São Paulo: Cortez, 2002, n. 71, p.102-121.

HU/UFSC. **Hospital Universitário.** Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br>. Acesso em: 15 nov. 2010.

_____. **Hospital Universitário.** Missão e Visão do Hospital Universitário, 2008. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/plano2012/>. Acesso em: abr. 2010.

IAMAMOTO, Marilda Vilella. **Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil.** In: BOSCHETTI, Ivanete et. al. *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas.* São Paulo: Cortez, 2008. p. 13-43.

_____. **A questão social no capitalismo.** In: *Revista TEMPORALIS*, 2ª Ed. Ano II, n. 3 (jan/jul. 2001). Brasília: ABEPSS, Gráfica Odisséia 2001.

_____. **As Dimensões Ético-Políticas e Teórico- Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo.** In: Mota, Ana Elizabete et. al. (Orgs). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.* São Paulo: Cortez, 2009, ed. 4, Cap. 2. p. 161-196.

JUNQUEIRA, Luciano A. P.; INOJOSA, Rose Maria; KAMATSU, Suely. **Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil:** a experiência de Fortaleza. Publicado em 1997. Disponível em: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:YbKDmXTE-WYJ:unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN003743.pdf+intersetorialidade+junqueira&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEESgRh2Q8jPEHT-VlzUSlj-vxSwnsoow0WpA9HJ-816JonlCkF81Ej1lpurbyJmNWNKRkbLQRfR8iYnH_T9FsoKrLeHG6q2aCP1OqocBFVKb6o2e7KjJwUoXgomkV_sAtyi5L4elW&sig=AHIEtbT_nJESa9Q_Z2xIM3gscM451axYgw>. Acesso em: 27 out. 2010.

JUNQUEIRA, Luciano A. P. **Articulações entre o serviço público e o cidadão.** CLAD, 2005. Disponível em: <<http://www.ijj.derecho.ucr.ac.cr/archivos/documentacion/inv%20otras%20entidades/CLAD/CLAD%20X/documentos/junqueir.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2010.

KAUCHAKJE, Samira; DELAZARI, Luciene Stamato; PENNA, Manoel Camillo. Sistema de informação da política de assistência social, redes sociais e rede socioassistencial: inclusão e controle social. In: BATTINI, Odária et al. **SUAS: Sistema Único de Assistência Social em debate.** Curitiba: Veras, 2007. p. 133-151. Núcleos de Pesquisa 9.

KRÜGER, Tânia R. **Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS:** Texto para organização do Seminário Estadual na Saúde. DSS/UFSC, CRESS E SMS de Florianópolis, mar. 2010. Disponível em: <http://www.cress-sc.org.br/img/noticias/Semin%C3%A1rio%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20SS/T%C3%A2nia%20Regina%20Kr%C3%BCger%20-%20Servi%C3%A7o%20Social%20e%20Sa%C3%BAde%20texto%20para%20o%20CRESS%2004%202010.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2010.

MACHADO, Edinéia Maria. **Política Social e Desigualdade Social.** Disponível em: <<http://www.franca.unesp.br/Politica%20Social%20e%20Desigualdade%20Social.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos:** o avesso de respeito à experiência e a sabedoria. Brasília; Secretária Especial dos Direitos Humanos; 2004. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/4.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2010.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. Lei Estadual nº 13.324 de 29 de janeiro de 2005. **Cartilha dos Direitos do Paciente.** Florianópolis-SC, 2005.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Família e políticas sociais.** In: BOSCHETTI, Ivanete et al. Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 130-148.

_____. **Trabalho com famílias:** um desafio para os assistentes sociais. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 3, ano III, dez. 2004. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/979/5119>. Acesso em: 25 out. 2010.

_____. **Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais, 2009. Publicado no site em fev.2010. Disponível em: http://downloads.ziddu.com/downloadfile/8487566/Texto-base_2.pdf.html. Acesso em: 22 nov. 2010.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009, ed. 4, Cap. 2, p. 273-303.

MONTAÑO, Carlos. **O Projeto Neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”.** Lutas Sociais (PUCSP), PUC – São Paulo, v. 8, 53 – 64, 2001.

MOTA, Ana Elizabete. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes.** In: MOTA, Ana Elizabete et al. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 1, p. 40-48.

_____. **Cultura da Crise e Seguridade Social.** São Paulo: Cortez Editora, 2008. Ed. 4, v. 1.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social.** In: MOTA, Ana Elizabete et. al. (Orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009, ed. 4 Cap. 2, p. 141-160.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Plano de Ação Internacional de Viena Sobre o Envelhecimento de 1982.** Disponível em: <<http://www6.ufrgs.br/e-psico/publicas/humanizacao/prologo.html>>. Acesso em: 03 out. 2010.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento de 2002.** Secretária Especial dos Direitos Humanos. Brasília-DF, 2007.

PEREIRA, Potyara A. P. A nova divisão social do bem-estar e o retorno do voluntariado. **Serviço Social e Sociedade: Políticas Públicas e Sociedade Civil,** São Paulo, n. 73, p.75-100, mar. 2003.

_____. **Controle democrático como garantia da pessoa idosa.** Brasília: Secretária Especial dos Direitos Humanos, 2007.

_____. **A política social no contexto da seguridade social e do welfare state.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ano XIX, n 56, p. 60-76, mar. 1998.

PESSOA, Izabel Lima. **O envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações.** Brasília-DF, 2009. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5202>. Acesso em: 30 out. 2010.

PIMENTEL, Luísa. **Entre o dever e os afetos: os dilemas de cuidar de pessoas idosos em contexto familiar.** IV Congresso Português de Sociologia – Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciência Sociais e Humanas, jun. 2008. Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/259.pdf>. Acesso em: 13 set. 2010.

RODRIGUES, Nara Costa; RAUTH, Jussara. **Os Desafios do Envelhecimento no Brasil.** In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap. 12, p. 106-111

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. **Instrumentos e Técnicas: elementos para uma rediscussão.** São Paulo: PUC, 1994. (Tese de Mestrado)

SETUBAL, Aglair Alencar. **Desafios à pesquisa no Serviço Social: da formação acadêmica à prática profissional.** Katálysis, Florianópolis, v. 10, n.esp., p. 64-72, 2007.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; YASBEK, Maria Carmelita; GIOVANNI, Geraldi Di (Org.). **A Política Social Brasileira no Século XXI: A prevalência dos programas de transferência de renda.** São Paulo: Cortez, 2004.

STEIN, Rosa Helena. **Capital social, desenvolvimento e políticas sociais.** Serviço Social e Sociedade: Políticas Públicas e Sociedade Civil, São Paulo, n. 73, p.157-198, mar. 2003.

TABAGIBA, Luciana. **Os Conselhos Gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil.** In: DAGNINO, Evelina. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002. Cap. 3, p. 47-103.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais.** Katálysis, Florianópolis, v. 10, n. 2, p.154-163, jul. 2007.

VASCONCELOS, A. M. de. **Serviço Social e prática reflexiva.** Em Pauta Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 10. Rio de Janeiro: FSS / UERJ, julho - 1997.

YAZBEK, M. C. **O significado social da profissão.** Texto escrito para o curso de especialização lato sensu em serviço social: direitos sociais e competências profissionais. CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oVMrPD-gWjAJ:www.pucsp.br/pos/ssocial/professor/yazbek_significado.doc+posi%C3%A7%C3%A3o+do+assistente+social+na+divis%C3%A3o+social+e+t%C3%A9cnica+do+trabalho&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 23 nov. 2010.

_____. **O significado sócio-histórico da profissão.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e competências Profissionais. Brasília CFESS/ABEPSS, 2009, p. 126-141.

APÊNDICE A – Relatório de Atividade Específica – Estágio Obrigatório I



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONOMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
SUPERVISÃO PEDAGÓGICA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO I
PROFESSORA: MARIA DOLORES THIESEN**

RELATÓRIO DE ATIVIDADE ESPECÍFICA IV

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Janaina Gonçalves Silva

Turma: 7309B

Instituição campo de estágio: Hospital Universitário (HU) - Serviço Social

Endereço: Campus Universitário – Trindade - Florianópolis

Nome do (a) Supervisor (a) de Campo: Maria Aparecida F. Fagundes (CRESS/SC 2998)

ATIVIDADE DESENVOLVIDA: Visita domiciliar.

SUJEITOS ENVOLVIDOS: A ex-esposa do usuário, a Assistente Social do HU, Maria Aparecida Ferreira Fagundes e as estagiárias da Clínica Médica III, Janaina Silva e Núbia Contessa.

DATA: 17de Maio de 2010

HORA: 15 horas

ANTECEDENTE: O usuário, com 60 anos, separado, possui dois filhos, estes com família constituída, sendo que não possui contato com o seu filho, que reside em Curitiba, somente com sua filha, residente em Florianópolis. Foi trazido por sua filha à Emergência do HU dia 19/04, pois se encontrava debilitado, em grave estado de saúde, posteriormente foi transferido para a Clínica Médica III, onde foi realizada entrevista de acolhimento, com sua ex-esposa. Nos primeiros dias de sua internação, o usuário recebia visitas de sua filha e era acompanhado por sua ex-esposa, sendo que durante este período mantivemos contato com as mesmas, as quais nos apresentaram dúvidas referentes à situação previdenciária do usuário.

Nos relataram que este trabalhava no exército como oficial, na função de médico dermatologista, mas que por alguma razão desconhecida, afastou-se há aproximadamente 10 anos

atrás, nunca contribuiu para com o INSS, atualmente não recebe nenhum tipo de benefício e não possui nenhuma renda.

O usuário está em condições de alta hospitalar desde o dia 11/05, e a partir de então tentamos contato com sua filha, nos telefones fornecidos pela mesma, porém não obtivemos sucesso. Por meio do usuário nos foi fornecido o número do telefone de sua mãe que reside no estado do Rio de Janeiro, a qual nos informou que o mesmo residiu com ela por três anos e em função de sua idade avançada (83 anos) e seu estado de saúde, não apresenta atualmente condições de cuidar de seu filho. Ligamos para a residência do filho do usuário, porém quem nos atendeu foi sua esposa, informando que o mesmo não encontrava-se, posteriormente tentamos novos contatos, todos sem êxito.

Durante uma semana, não conseguimos contato com nenhum familiar; agendamos então, uma visita domiciliar à residência de sua filha, para o dia 17 de maio de 2010. Neste mesmo dia, no período matutino, sua ex-esposa esteve visitando-o, a procuramos com o intuito de informá-lo sobre a alta e obter informações quanto às providências a serem tomadas pela família, referente aos cuidados pós-alta. Informou-nos que não teria condições de cuidar do usuário, mas que iria conversar com sua filha para que realizasse os devidos encaminhamentos. Relatou-nos ainda que o usuário é uma pessoa de difícil relacionamento, e por ter abandonado a família, seus filhos os laços afetivos são fragilizados e os mesmo não querem assumir a responsabilidade por seus cuidados.

OBJETIVOS DA ATIVIDADE: Conversar com a filha do usuário para verificar a possibilidade desta responsabilizar-se pelos cuidados de seu pai no pós alta, tomando as providências cabíveis, bem como conhecer a realidade desta família, sua situação econômica e social.

RELATO DESCRITIVO: Posteriormente, às 15hs nos encaminhamos à residência da filha, onde fomos recebidas por sua mãe, pois a filha não encontrava-se em casa neste momento. Conversamos com sua ex. esposa, onde abordamos novamente sobre os cuidados que a família deveria ter com o paciente após a alta; como estão se organizando quanto à dinâmica familiar; a respeito do relacionamento do usuário com seus familiares, seus filhos, sua mãe, seus irmãos e com a mesma. Durante a conversa levantou-se a possibilidade de abrigamento do usuário em uma instituição de longa permanência para idosos (ILP), porém lhe informamos que já verificamos e não há vagas em instituições filantrópicas, e não existe no estado de Santa Catarina nenhuma instituição pública com essa finalidade. Segundo sua ex-esposa, representaria uma alternativa; mas isto seria inviável devido à falta de recursos financeiros da família. Relatou-nos

ainda que as decisões a serem tomadas, referente aos cuidados com o usuário serão de responsabilidade de sua filha, não podendo, portanto, nos fornecer maiores informações.

Foi abordado também a questão da perda dos documentos do usuário quando este chegou ao município, e referente a este assunto, a família está tomando as devidas providências.

Por fim, pontuamos a necessidade de sua filha entrar em contato conosco o mais breve possível, para que a situação do usuário possa ser resolvida.

Por volta das 17hs encerramos a visita, agradecendo à ex-esposa em nos receber, colocando-nos a disposição para maiores esclarecimentos.

AVALIAÇÃO: Na definição da Organização Mundial de Saúde – OMS são considerados idosos as pessoas com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento e com mais de 65 anos nos países desenvolvidos. A Política Nacional do Idoso no Brasil define seu conceito de idoso em consonância com a OMS, e também caracteriza como idosa a pessoa de 60 anos ou mais. Com base nesta definição, o usuário em relato já constitui-se parte deste segmento populacional; tendo garantido com isto a proteção e o acesso aos direitos que lhe são assegurados por diversas leis existentes no país voltadas à pessoa idosa.

O CIAPREVI - Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa é um serviço oferecido pelo município de Florianópolis, que recebe denúncias de abandono e violência contra idosos, e busca realizar intervenções referentes a esta demanda. Sendo que de acordo com o que consta em sua cartilha, o abandono é considerado um tipo de violência contra o idoso.

Diante dos fatos descritos e do recorrente abandono do usuário na instituição, o Serviço Social do HU efetivou sua intervenção referente a esta demanda, através de um relatório da situação social deste usuário, com intuito de informar seu abandono por parte de seus familiares ao órgão responsável por esse tipo de violação de direitos contra idosos.

Por meio do Estatuto do Idoso, afirma-se a obrigação também da família em cuidar de seus idosos:

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).

Observa-se uma grande fragilidade nesta família, no fato de que não possui uma rede de auxílio com quem se pode contar; o vínculo familiar entra-se fragilizado, pelo fato de que o provedor acabou abandonando a esposa e seus filhos e agora que ele necessita de cuidados, estes

não sentem-se na obrigação de arcar com essa responsabilidade. No entanto, o Estatuto do Idoso traz esta responsabilidade como descrito à cima, e os órgãos competentes fazem com este direito seja assegurado pela família, comunidade, sociedade ou pelo Estado.

A família é responsabilizada pelos cuidados, mas por outro lado não recebe orientação e auxílio para poder desenvolver esses cuidados com seu idoso; é necessário a família ser alvo também de programas sociais, para se preparar adequadamente para receber o idoso em seu lar.

Por fim faz necessário destacar a importância de dois instrumentais técnico-operativos utilizados nesta intervenção, são eles a entrevista e a visita domiciliar, que nos possibilitaram realizar uma ação com maior embasamento; estando assim em acordo com o exposto por Sarmento quando trata da importância do instrumental entrevista a qual relata que “o estabelecimento da relação entre assistente social e cliente, através da entrevista se caracteriza como uma relação de auxílio [...] e uma relação educativa [...]” (SARMENTO, 2006, p. 33). Já em ao discutir a importância da visita domiciliar Sarmento aponta,

“... que precisamos compreender a visita domiciliar como um instrumento que potencializa as possibilidades de conhecimento da realidade [...] e, que tem como ponto de referência, a garantia de direitos [...] onde se exerce um papel educativo, colocando o saber técnico à disposição da reflexão sobre a qualidade de vida” (SARMENTO, 2006, p. 44).

ENCAMINHAMENTOS: No dia 24 de maio de 2010 a filha do usuário nos procurou para conversarmos sobre a alta do mesmo, nos relatando que não possui condições de arcar com todos os cuidados relacionados ao seu pai, tanto financeiramente quanto em relação ao espaço físico de sua residência. Diante disto nos pediu orientação sobre como poderia responsabilizar também seu irmão, quanto aos cuidados com seu pai, julgando não ser a única responsável.

Orientamos então para que acionasse o CIAPREVI. Fizemos um contato preliminar com este serviço relatando a situação e nos solicitaram que a encaminhássemos. A filha nos disse então que iria procurar este serviço para obter maiores informações.

Durante esta conversa, a filha afirmou querer cuidar de seu pai, mas se sente incapaz de prover os cuidados necessários sozinha, sem algum auxílio financeiro. Relatou ainda que seu pai possui um imóvel no estado do Rio de Janeiro, onde residia antes de vir à Florianópolis, porém este encontra-se registrado em nome da mãe do usuário, e caso fosse realizada a venda deste imóvel, sua filha poderia comprar outro imóvel em Florianópolis e pagar uma pessoa para cuidar de seu pai. No entanto este imóvel encontra-se em inventário, inviabilizando a venda; o que segundo sua filha, impossibilitaria a remoção do usuário do HU, para sua residência.

Como outra opção, esta nos informou que pretende levá-lo para o estado do Rio de Janeiro, onde reside sua mãe, irmãos e se localiza o imóvel citado acima, porém relata preocupação em deixá-lo sozinho e sem cuidados. Informamos sobre sua responsabilidade enquanto filha. Apesar de todas as dificuldades relatadas pela filha, nos informou que iria buscar o usuário no dia 26 de maio de 2010.

Diante dos fatos apresentados e pelo motivo de que nem sua filha nem outro familiar se manifestaram em realizar a efetivação da alta por mais de três semanas após o último contato com sua filha, sendo assim encaminhamos um relatório ao CIAPREVI, como denúncia de abandono do usuário, para que as devidas providências fossem tomadas.

Posteriormente, no dia 14 de junho corrente, sua filha veio ao hospital para buscá-lo, ficando aos cuidados da mesma. No entanto, até o momento não obtivemos retorno do CIAPREVI quanto ao relatório enviado.

APÊNDICE B – Atividade desenvolvida para Disciplina de Serviço Social – Desafios profissionais contemporâneos: Envelhecimento: Implicações para a proteção social no Brasil – Código: DSS5120



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONOMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
SERVIÇO SOCIAL E DESAFIOS PROFISSIONAIS CONTEMPORÂNEOS
PROFESSORA: RITA DE CÁSSIA GONÇALVES**

**JANAINA GONÇALVES SILVA
KETILINE C. ROCHA**

Atuação do Serviço Social na Saúde Junto a Pessoa Idosa – Hospital Universitário (HU)

**FLORIANÓPOLIS/SC
2010/1**

Atuação do Serviço Social na Saúde Junto a Pessoa Idosa – Hospital Universitário (HU)

1. Serviço Social no HU

A atuação do Serviço Social do HU, tem se pautado pela perspectiva apontada por Nogueira e Miotto (2006, p.10-11), que compreendem um conjunto de ações desenvolvidas com os usuários da saúde, em seus diferentes níveis de complexidade.

- **Ações sócio-educativas:** esclarecimento da rotina hospitalar, acolhimento do paciente e família acerca do tratamento, questões trabalhistas e previdenciárias, atendimentos grupais as famílias, pacientes com patologias específicas, sala de espera para pacientes de terceira idade e gestantes, ações voltadas ao Planejamento Familiar e Interrupção do trânsito tubário;
- **Ações sócio-emergenciais:** cujo objetivo se reflete em atender as demandas de caráter emergencial, que em sua maioria estão relacionadas às necessidades básicas e de urgência do usuário e de sua família, como o fornecimento de passe de ônibus, roupas, cestas básicas, medicamentos, auxílio funeral, dentre outros;
- **Ações sócio-terapêuticas:** realizadas no âmbito da relação profissional-usuário-familiar. Apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal vividas pelos usuários e/ou familiares, em momentos críticos (morte, recebimento de diagnósticos, acidentes);
- **Ações Periciais:** elaboração e emissão de laudos técnicos, a fim de subsidiar a decisão de determinados órgãos ou profissionais para concessão de equipamentos, benefícios, prestação de serviços e processos de referência a contra-referência.

Com isso o Serviço Social tem efetivado sua prática junto aos usuários do HU procurando desenvolver uma atuação voltada ao acolhimento, entendendo que entre o profissional e o usuário, se constitui um espaço de trocas, com a identificação das necessidades do usuário e da família, bem como a reprodução de vínculos entre estes sujeitos.

Prática esta desenvolvida através de diversos instrumentais como o acolhimento com o usuário e seus familiares, a entrevista, a observação, a documentação, a elaboração de relatórios, o cadastro dos pacientes, a realização de reuniões quinzenais com os assistentes sociais do plantão, contatos com diversas instituições e com profissionais das demais áreas do

HU, encaminhamentos diversos de acordo com a demanda do usuário, bem como a realização de visitas domiciliares.

O Serviço Social do HU realiza sua intervenção nos mais diversos setores da instituição, como: nas Clínicas Médicas, Unidades Cirúrgicas, Pediatria, Maternidade, Emergência e no Plantão Social, sendo que cada um deles possui uma assistente social responsável.

2. Atuação do Serviço Social Junto a Pessoa Idosa no HU

Em entrevista realizada com a assistente social responsável pelas Clínicas Médicas II e III, esta abordou acerca da intervenção que o Serviço Social realiza junto aos usuários internados nestas unidades, mais especificamente a pessoa idosa.

A profissional relatou que inicialmente é realizada uma entrevista de acolhimento, com intuito de obter informações sobre os idosos internados, para conhecer o usuário, sua história de vida, bem como todos os fatores que envolvem sua internação. Diante disto, pontuamos a importância da entrevista como um instrumental técnico-operativo, de maneira a qualificar a ação profissional, com base na perspectiva de valorização do usuário e da efetivação de um atendimento de qualidade. Trazendo assim, como referência Sarmento quando trata deste instrumento de atuação a entrevista.

“O estabelecimento da relação entre assistente social e cliente, através da entrevista se caracteriza como uma relação de auxílio (apoio, estímulo, interação, etc.) e uma relação educativa (para que a pessoa descubra seus próprios recursos e capacidades, para desenvolver as forças que há nele e, as utiliza eficientemente para solucionar conflitos).” (SARMENTO, 2005, p. 33).

Durante a entrevista a mesma nos apresentou o perfil dos usuários idosos internados atendidos pelo Serviço Social nas Clínicas Médicas, sendo que grande parte são idosos aposentados; viúvos e que residem com familiares os quais se articulam de maneira a prover os cuidados com o idoso, que frequentemente encontram-se acamados, demandando uma atenção especial por parte dos familiares e dos serviços de saúde. E por serem estes, em sua maioria, aposentados acabam por auxiliar na renda familiar, ou até mesmo manter o sustento da família.

Muitas vezes o Serviço Social é chamado a solicitar apoio da rede familiar e social, considerada nestes casos, de suma importância durante a internação, pois muitos idosos são dependentes e necessitam de cuidados; tornado-se necessário o suporte familiar, para os cuidados pós-alta.

Neste contexto percebe-se a importância de orientar e informar tanto o idoso, quando em condições de prover seus cuidados, quanto aos familiares em situações em que o idoso necessita de auxílio na realização de suas atividades mais comuns, para que o cuidador possa promover o bem-estar do idoso da melhor maneira possível. Esta intervenção se dá no sentido de possibilitar o acesso aos seus direitos.

Sendo assim, o Serviço Social pauta sua intervenção na socialização das informações aos usuários referentes aos direitos previdenciários, direitos do paciente no SUS, bem como autorização de refeição para acompanhante, solicitação de oxigênio terapia, entre outros. Atuação esta que se configura em ações sócio-educativas, as quais:

“consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para a demanda/necessidade do usuário” (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p. 13).

De acordo com o relato da assistente social entrevistada, o Serviço Social atualmente tem recebido um grande aumento na demanda de internados idosos e assim tem percebido a dificuldade do trabalho em rede, quando na necessidade de denunciar violência, em casos de abandono a falta de acesso a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's), inviabilizando a intervenção do Serviço Social do HU, sendo que muitas vezes o Idoso, mesmo recebendo alta, não tem para onde ir, e frente ao sucateamento dos serviços sociais /públicos permanecem por um longo período no HU.

Já em relação às possibilidades de atuação junto aos idosos, a profissional nos disse que os direitos dos idosos são respeitados pela instituição, como por exemplo, na questão da prioridade absoluta de atendimento ao idoso, esta ocorre em relação aos outros adultos, sendo que o atendimento dispensado a criança e ao adolescente é realizado em unidades distintas. O idoso tem ainda prioridade na autorização de refeição para acompanhante, pois todo usuário com 60 anos ou mais recebe este benefício institucional.

Por fim, cabe destacar a inserção do Serviço Social junto ao Projeto de Atuação do Serviço Social no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica – NIPEG, que presta atendimento ambulatorial biopsicossocial ao idoso visando sua autonomia e independência nas atividades da vida diária, o controle das condições crônicas de saúde e a melhoria da qualidade de vida.

Referências

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al (Org.) **Serviço Social e Saúde: formação profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/MS, Cortez, 2006.

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. Repensando os instrumentais em Serviço Social. In: **Textos de Teoria e Prática de Serviço Social: estágio profissional em Serviço Social na UFPa**. Belém/PA: UFPa, 2005.