



**RATIO – FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSOFIA
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

LUCILEIDE DE FREITAS SILVA

**O TRABALHO DO PSF I DE CROATÁ DISPENSADO AOS IDOSOS
HIPERTENSOS**

**FORTALEZA-CE
2017**

LUCILEIDE DE FREITAS SILVA

**O TRABALHO DO PSF I DE CROATÁ DISPENSADO AOS IDOSOS
HIPERTENSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica-RATIO, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Sobre a orientação: Prof.^aMs. Diocleciana Paula da Silva

**FORTALEZA-CE
2017**

**O TRABALHO DO PSF I DE CROATÁ DISPENSADO AOS IDOSOS
HIPERTENSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica-RATIO, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

LUCILEIDE DE FREITAS SILVA

Monografia aprovada em: ____/____/2017.

BANCA EXAMINADORA

Orientação: Prof^ª: Mas. Diocleciana Paula da Silva

1º Examinador (a): Prof^ª Esp. Francisca Emmanuella Saraiva Martins

2º Examinador (a): Prof^ª. Ms. Lauriene Rodrigues Marreiro Mendonça

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois sem ele não teria força para essa longa jornada, as minhas filhas, Danielle, Damille e Dalinne, que iluminaram de maneira especial os meus pensamentos, levando-me a buscar mais conhecimentos, ao meu companheiro, José Enezio (Tonzinho), que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

Aos meus amigos, em especial a Acenete Sales e professora Maria José Freitas e minha prima, Celeste Viana que foram meu apoio, principalmente no início do curso.

Às professoras da banca Lauriene Marreiro e Emmanuella Martins obrigada pelas contribuições.

Agradeço também a Faculdade teológica-RATIO, aos meus professores e de forma especial a minha orientadora, a professora Diocleciana Paula da Silva.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser o autor do meu destino e meu guia, ao meu pai, Francisco Alcântara de 99 anos, minha mãe, Maria Deldia de 90 anos e ao meu neto, Benicio de 06 anos.

“Aquilo que está escrito no coração não necessita de agendas porque a gente não esquece. O que a memória ama fica eterno.

Rubem Alves

RESUMO

A presente monografia busca como objetivo essencial analisar a metodologia de trabalho dispensado aos idosos hipertensos pelo PSF I, unidade básica de saúde que está inserida em uma comunidade pobre, sem muitos recursos, possui estrutura com recursos básicos, mas, sem condição de atendimentos de média ou alta complexidade. A referida unidade fica na comunidade de Croatá, distrito do município de São Gonçalo do Amarante, estado do Ceará. A comunidade possui torno de 10.000 (dez mil) habitantes e conta com 02 unidades básicas de saúde, sendo uma delas, a que faz parte da pesquisa. São objetivos desse estudo os seguintes aspectos: compreender em que consiste o trabalho de atenção básica a saúde dos idosos; analisar em que consiste o trabalho do assistente social no programa de saúde da família; identificar as dificuldades apresentadas ao PSF; analisar as principais demandas do assistente social. Faz parte também do contexto do estudo, a importância do serviço social nas equipes de saúde da família e em toda a conjuntura dos serviços prestados por essa unidade de maneira geral. É disposta uma síntese sobre o histórico do trabalho e a importância do assistente social. São debatidas questões importantes que envolvem a construção da identidade do serviço social como parte integrante da assistência social. A pesquisa foi realizada no segundo semestre de 2017, com 18 idosos hipertensos que são atendidos na referida unidade básica de saúde, supracitada no texto. As idades dos idosos variam entre 62 a 93 anos de idade. Deve-se ressaltar que essa amostragem foi selecionada entre as famílias que compõem os grupos familiares setoriais dos 08 agentes de saúde que compõem a equipe da unidade básica de saúde. Foram escolhidos idosos de ambos os sexos e que são atendidos pela unidade de saúde em média a 12 anos. O estudo apresenta alguns resultados que se referem a alguns dados como: os idosos em sua grande maioria estão satisfeitos com o atendimento que é dispensado pelo PSF I de Croatá; a dificuldade devida a rotatividade dos médicos, algo que dificulta demais a proposta do PSF. Além disso, os idosos destacam que é extremamente necessário o aumento de médicos especialistas em cardiologia, fisioterapeuta, dentre outros.

Palavras-chave: Hipertensão; Idosos; Assistente social; PSF.

ABSTRACT

The main objective of this study is to analyze the work methodology given to the hypertensive elderly by the PSF I, the basic health unit is inserted in a poor community, without many resources, has a structure with basic resources, but, without condition of average attendance or high complexity. It is located in the community of Croatá, district of the municipality of São Gonçalo do Amarante, state of Ceará. The community has around 10,000 (ten thousand) inhabitants and has 02 basic health units, one of which is part of the research. The objectives of this study are the following aspects: to understand the work of basic health care for the elderly; analyze the work of the social worker in the family health program; identify the difficulties presented to the PSF; analyze the main demands of the social worker. It is also part of the context of the study, the importance of social service in family health teams and in all the conjuncture of the health services in general. A summary is provided on the work history and importance of the social worker. Important issues are discussed that involve the construction of the identity of social service as an integral part of social assistance. The research was carried out in the second half of 2017, with 18 hypertensive elderly people attending the mentioned basic health unit, mentioned above in the text. The ages of the elderly range from 62 to 93 years of age. It should be noted that this sample was selected among the families that make up the sectoral family groups of the 08 health agents that the basic health unit team. Elderly of both sexes were chosen and they are attended by the unit and health in average to 12 years. The study presents some results that refers to some points such as: the elderly in the vast majority, around 90%, are satisfied with the care that is provided by PSF I of Croatá; describe that the greatest difficulty lies in the physicians' turnover, which makes the PSF proposal much more difficult. The elderly emphasize that it is extremely necessary the addition of specialists doctors in cardiology, physiotherapist, among others.

Key words: Hypertension. Seniors. Social worker. PSF.

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS/QUADROS

GRÁFICO 01	FAIXA DE IDADE.....	40
GRÁFICO 02	PERÍODO DE ATENDIMENTO.....	41
GRÁFICO 03	SEXO/GENÊRO.....	42
QUADRO 01	CONDIÇÃO SOCIAL.....	40
QUADRO 02	SERVIÇO PSF/QUANTIDADE.....	43
QUADRO 03	NÍVEL DE SATISFAÇÃO/INSATISFAÇÃO.....	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 AS COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE.....	16
2.1 Referenciais para a ação do assistente social na área da saúde.....	19
2.2 Dificuldades encontradas nas ações do assistente social na área de saúde....	20
3 PROCESSO HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.....	23
3.1 Nova apresentação do serviço social no Brasil:novo horizonte para a profissão no país	28
4 ASPECTOS LEGAIS SOBRE O IDOSO.....	31
4.1 Políticas sociais para o idoso.....	34
4.2 Princípios essenciais do Estatuto do idoso.....	36
5 ANÁLISE DE EXPERIÊNCIA DE ATENDIMENTO NO PSF I	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

1. INTRODUÇÃO

No distrito de Croatá, a população aumenta a cada ano, isso por conta dos mais diversos fatores, dentre os quais podemos citar: melhoria da qualidade de vida, ampliação da atenção básica em saúde, migração de famílias dos municípios vizinhos. Com isso, o distrito, observa um acréscimo nessa faixa etária que deve ser considerada.

Nessa perspectiva, esse trabalho é um estudo sobre os idosos atendidos no PSF I em Croatá. Este um distrito que possui aproximadamente 10.000 habitantes, tendo a disposição como atenção básica de saúde dois postos que são denominados PSF (Programa Saúde da Família) I e o PSF II.

Segundo os dados do próprio Sistema Único de Saúde-SUS (2015), o Brasil é um país que agora é verdadeiramente de pessoas da terceira idade. A melhoria na expectativa de vida aponta para uma consequência, os gastos com saúde tendem a aumentar, já que 75,5% dos idosos têm doenças crônicas e 70,6% ainda dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). Somente 29,4% da população idosa tem acesso a um plano de saúde. Dessa forma, é essencial desenvolver políticas públicas de saúde que visem sempre às práticas de prevenção em saúde.

Segundo a ONU (Organizações das Nações Unidas) as pessoas mais idosas ou na terceira idade, vem gradativamente participando para o desenvolvimento das atividades da sociedade.

Nos dias atuais, aproximadamente 64% de todas as pessoas mais idosas vivem especificamente nas regiões menos desenvolvidas, ou em processo de desenvolvimento, sendo que esse número poderá chegar a mais de 80% em 2050.

Esse é um dado de extrema relevância para direcionar as políticas públicas de um país, de um estado, de um município e até mesmo de uma localidade. No caso específico da saúde pública, que é uma das principais políticas públicas de qualquer gestor público, deve-se cada vez mais planejar esse tipo de ação para que se possa aperfeiçoar o atendimento que vai se transformando a cada novo ciclo e dessa forma se observa que as demandas vão se modificando.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) desde 2012, já assegura que nas próximas décadas a população mundial com mais de 60 anos vai aumentar dos atuais

841 milhões de pessoas para dois bilhões até o ano de 2050, tornando as doenças crônicas e o bem-estar da terceira idade um desafio para a gestão dessa área.

O trabalho, portanto, tem como objetivo principal analisar a metodologia de trabalho dispensado aos idosos hipertensos pelo PSF I, na comunidade de Croatá, distrito do município de São Gonçalo do Amarante, Ceará. São objetivos específicos desse estudo os seguintes aspectos: compreender em que consiste o trabalho de atenção básica a saúde dos idosos; analisar em que consiste o trabalho do assistente social no programa de saúde na família; identificar as dificuldades apresentadas ao PSF; analisar as principais demandas do assistente social.

A metodologia utilizada foi do tipo qualitativo-bibliográfica contendo entrevistas semiestruturadas a 18 idosos hipertensos que são atendidos na referida unidade básica de saúde. O referencial teórico foi pautado principalmente nos seguintes autores: Iamamoto (2011), Delgado e Flor (2012).

O trabalho é composto de quatro capítulos, que estão assim divididos: no primeiro capítulo debate sobre as competências do serviço social no âmbito da saúde, durante o capítulo são vistas as referências e dificuldades, competências e eficiência do trabalho do assistente social.

No segundo capítulo, tem-se um resumo da história do serviço social no Brasil, são descritos os principais acontecimentos na construção da imagem da área e sua caminhada durante todas essas décadas até ser o que é atualmente.

Dando continuidade, o texto do terceiro capítulo descreve as fundamentais questões que estão no Estatuto do Idoso e como a Lei garante direitos que tanto a sociedade como o Estado precisam disponibilizar ao idoso, dentre eles o direito ao atendimento de saúde.

Por fim, no quarto capítulo são dispostas as discussões da pesquisa realizada com 18 idosos hipertensos atendidos na unidade básica de saúde do distrito de Croatá e sua equipe do Programa de Saúde na Família I.

Como nas mais diversas regiões do Brasil, Croatá possui um número considerável de idosos, principalmente na fase da terceira idade, fato relevante e que deve ser considerado quando a intenção é prestar um bom atendimento em relação a saúde básica prestada nas unidades básicas.

Partindo desse pressuposto, é plausível de investigação descobrir que elementos socioeconômicos que podem contribuir para que se possa avaliar as

condições desse atendimento para o idoso, para que não se tenha agravamento das condições sociais e econômicas do idoso.

Compreende-se também para que o atendimento seja condizente às necessidades do idoso faz-se necessário um trabalho em equipe muito bem coordenado, no qual as diversas funções dentro do posto de saúde possam ser interpretadas como complementares, uma em conciliação com a outra.

No intuito de contribuir para a compreensão dessas questões, serão realizados comparativos para responder de forma clara e objetiva as principais dúvidas que permeiam o trabalho.

Os cuidados com os idosos são uma tendência das ações de saúde pública na última década, isso se justifica por estamos vivenciando um crescente aumento dessa população e conseqüentemente das situações que envolvem essas pessoas e suas necessidades.

Dessa forma, o referido trabalho se justifica por fatores essencialmente sociais, pessoais e científicos.

As justificativas sociais são referenciadas pela necessidade de se observar as questões que estão associadas aos direitos sociais garantidos por lei que cada cidadão possui e devem ser respeitados.

No caso das justificativas científicas, se configura por ser assunto que continuamente necessita de estudo, isso por conta do aumento sempre frequente da população com essa característica.

Ademais, todo o trabalho se justifica por uma opção pessoal, na qual existe uma identificação entre o assunto e o pesquisador, para que de forma mais específica se possa fazer as análises dos locais de atendimento dessa clientela, e isso se faz necessário para avaliar como a população utiliza o atendimento da saúde pública em Croatá e como esses desejam que esse serviço seja prestado e melhorado.

Evidente o que se deseja é que a partir dos dados encontrados se possam direcionar ações que busquem melhorar a qualidade do atendimento com medidas que sejam direcionadas especificamente ao idoso, dessa forma se evidencia uma importância social com grande significado.

Como relevância acadêmica é importante que se possam verificar dados colhidos dentro de um ambiente real de atuação dos profissionais para que a partir desse ponto seja possível enriquecer com estudos a temática, além de corroborar com diretrizes que sirvam como direcionamento para novas políticas públicas de

atendimento aos pacientes idosos e também aos profissionais engajados nesse campo de atuação.

Portanto, no tocante a essa questão, o estudo possui importância para aqueles que trabalham diretamente com essa clientela, vale ressaltar a necessidade de compreender o que existe além do paciente, entendo que existe uma pessoa que não é tão somente um indivíduo em final de suas capacidades laborais.

Vale salientar que o resultado deste trabalho consiste em muito por conta da dedicação que há mais de uma década dispenso dentre as minhas funções especificamente ao idoso. Portanto, a dedicação que tenho nessa função mais que uma obrigação, logo, uma dedicação, por conta da necessidade que as pessoas possuem de atenção.

Por fim, tem-se a relevância pessoal que para o pesquisador, visto que temos a necessidade de compreender como se apresentam os eventos de vida dos pacientes idosos, como se comportam além do contexto de atendimento na unidade básica de saúde. Dessa forma, os demais capítulos que se seguem apresentam justamente as condições que debatem sobre a temática.

2. AS COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE

Atualmente, o serviço social é tido como um elemento componente dos serviços prestados pela atenção à saúde da população como algo essencial, visto que, seu serviço como componente dessa área tornou-se fundamental para que as pessoas se sintam mais à vontade e possa expor seus anseios para alguém que tenha mais confiança e dessa forma consiga resolver situações problemáticas no âmbito da saúde e da assistência social.

Segundo o que argumenta Leal (2012), a inclusão de assistentes sociais nos serviços de saúde ocorre desde o início da organização da política sanitária no país, com frequência nas últimas três décadas apesar de apenas isso ficar mais evidente com a Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (depois retificada na Resolução nº 287/1998), bem como a Resolução nº 383/99 do CFESS, sendo dessa forma, o Serviço Social reconhecido de modo oficial como profissão de saúde, dentre tantas outras que compõem a área.

Assim, observa-se um ambiente onde o serviço social tornou-se necessário no âmbito dos serviços de saúde, sendo o serviço prestado de fundamental importância para que a área se desenvolvesse de maneira adequada.

Na verdade, deve-se compreender que mesmo com as regulamentações o serviço social não é situado como profissional exclusivo da saúde, podendo atuar nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a da saúde; seja porque, o/a assistente social não atua na assistência direta à enfermidade. Contudo, sua essencialidade é algo que pouco a pouco vai ganhando proporção (COSTA, 2000). Nesse âmbito, o assistente social realiza atenção a famílias desprovidas economicamente de recursos, que muitas vezes não possuem conhecimento e informação e não conseguem avançar, muitas vezes, na burocratização que existem, por exemplo, em muitos hospitais ou postos de saúde. São mais sensíveis às questões sociais, encaminham procedimentos na área de saúde que por muitas vezes, atendentes, enfermeiros e médicos não se importam tanto. Os assistentes sociais buscam compreender não somente a questão de saúde

ou falta dela, mas, as questões que podem levar a pessoas a procurar esse tipo de serviço.

Para Iamamoto (1999) deve-se destacar que um dos maiores desafios, para os profissionais de Serviço Social, está em desenvolver a capacidade de decifrar a realidade do meio cotidiano e construir propostas criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes do cotidiano, principalmente nas necessidades sociais e também de saúde. De forma que os assistentes sociais são profissionais que dinamizam de forma ampla o sentido de compreensão das necessidades sociais da população. Entende-se que o assistente social se faz atualmente instrumento de desenvolvimento na atenção ao usuário de saúde, principalmente aqueles que mais necessitam.

Portanto, Vasconcelos (2002) destaca que cabe ao Serviço Social, que precisa e deve aplicar na área da saúde, as práticas de tematizar, publicar e expandir o direito à saúde, permitindo a busca dessa área e assim evidenciando que se deve ter a atenção ao paciente/usuário que depende do serviço público, no qual as ações do assistente social devem ser mediadas pelo direito à oferta de serviços que a população já conhece e principalmente das que ela desconhece, incluindo-se dessa forma o direito ao saneamento, direito às condições de trabalho, às condições e estilos de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado (Vasconcelos, 2002, p. 443).

Nessa busca incessante de aperfeiçoar seu trabalho, cabe ao assistente social destacar os reais interesses e necessidades dos usuários dos serviços de saúde no centro da discussão, principalmente, por ser um profissional que tem o contato com as perspectivas do cotidiano dos usuários e por ser mediador entre estes e a instituição.

O assistente social dentro dessa percepção precisa ter como princípio e dever ético e político defender de forma eminente que as demandas de sua área sejam atendidas pelo sistema de saúde, que os serviços dessa área as considerem importantes, essenciais e principalmente como prioritárias. Caso isso não ocorra, seu trabalho pode ficar à margem dos demais serviços prestados pela área de saúde. E fato que as demandas da assistência social são de certa forma muito específicas,

mas, não se afastam das necessidades de saúde, da humanidade, da igualdade e de que todos merecem direitos iguais.

Dessa forma, em outros termos, o assistente social deve avançar na direção dos interesses e necessidades dos usuários, logo, exige-se do assistente social, o trabalho de mediar à discussão do que está sendo vivenciado pela sociedade, destacando-se pontos como: a qualidade, os critérios e as exigências para o acesso às ações, serviços e rotinas de saúde, com o que está assegurado formalmente. (VASCONCELOS, 2002).

Para costa (2000, p. 41) as principais demandas do Serviço Social dentro do SUS são:

Advêm das contradições presentes no processo de racionalização/reorganização do sistema, ou seja, as necessidades da população confrontam-se com o conteúdo e a forma de organização desses serviços. Ao atender as necessidades imediatas e mediatas da população, o serviço social na saúde, incide sobre as principais contradições do sistema. Nesse sentido, não somente o contexto de redimensionamento e modificação do trabalho do assistente social, mas também as tensões existentes entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS determinam o âmbito de atuação do Serviço Social. (COSTA, 2000, p. 41).

É fato que muitos profissionais de saúde, mais tradicionais, como médicos e enfermeiros, em diversos debates, defendem que o assistente social não pode ser considerado como elemento integrante dos serviços de saúde, mas, no contexto social atual isso se torna algo muito difícil de defender, visto que, atualmente entre suas funções, está justamente intermediar situações entre os profissionais de saúde com os usuários dos serviços de saúde, tanto, os elementares como os de especialidades que necessitem de uma atenção mais focada em determinado tratamento.

Essa diferenciação que ocorre, muitas vezes, entre os profissionais como médicos e enfermeiros, em relação aos assistentes sociais, se dão pelo fato de que esses profissionais sentem que muitos integrantes da assistência social estão de fato se tornando fundamentais na área, e, portanto, notam, que para aqueles que não possuem uma visão mais adequada no futuro procurem se aperfeiçoar e aperfeiçoar seus atendimentos, sintam-se incomodados e consigam construir uma ação conjunta.

2.1 Referenciais para a ação do assistente social na área da saúde

No processo de construção da sistemática do trabalho do assistente social na área de saúde, houve a necessidade de elaborar parâmetros que pudessem subsidiar as ações dos profissionais da assistente social.

Para tanto, eixos de ações devem ser desenvolvidos. O Conselho Federal de Assistente Social destaca os seguintes eixos (2009)

O subsídio às lutas pela ampliação da presença desses profissionais nas instituições responsáveis pelas políticas; a qualificação do atendimento oferecido à população e as condições de trabalho do assistente social; a viabilização, a construção e a oferta de novas políticas determinadas pela conjuntura; as referências já existentes nas diretrizes e leis nacionais; a superação da lógica produtivista presente na gestão das políticas sociais. (BRASIL, 2009).

Com as diretrizes dos benefícios do trabalho do assistente social direcionadas especificamente aos eixos de abordagem do trabalho é possível dimensionar suas ações com parâmetros norteadores ao serviço do assistente social.

A partir dos direcionamentos propostos pelos eixos, pode-se destacar o seguinte: as atribuições e competências das (os) profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas (os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos das (os) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura:

Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; Livre exercício das atividades inerentes à profissão; Participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais; Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; Desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; Aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código; Pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; Ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; Liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os

direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. (BRASIL, 2009).

São propostos elementos que fundamentam a necessidade dos profissionais de assistência social, são direcionamentos de trabalho, são propostas que conseguem firmar um trabalho efetivo, contínuo e principalmente eficaz. A questão que se levantar nesse momento, é como isso pode ser efetivamente realizável, visto a tamanha missão que se possui ao se propor tal trajetória para o serviço social dentro do ambiente da saúde, ou melhor, dizendo, dos serviços e saúde prestados ao cidadão.

Para tanto, os profissionais de assistência social, devem saber exatamente o que precisam fazer, além também de saber quais são seus deveres.

No que se cita aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética são estabelecidos os seguintes pontos:

Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor; utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes. (BRASIL, 2009).

Através dos artigos do código de ética é possível direcionar as ações de forma a atender as necessidades do profissional e dos usuários. São funções que devem ser seguidas com o máximo de atenção, buscando sempre a consolidação das ações nessa área. Imaginemos uma área tão essencial sem seus direcionamentos, certamente, teríamos diversas complicações, desvios de conduta.

2.2 Dificuldades encontradas nas ações do assistente social na área de saúde

Como em qualquer trabalho que envolva as ações com saúde, tem-se uma diversidade de dificuldades que devem ser enfrentadas da melhor forma possível para que se obtenha o êxito necessário na execução da atividade.

Desde 1988, com o advento das políticas públicas que foram criadas com o processo de redemocratização, a Seguridade Social ficou fundamentada em um tripé de sustentação, que são: políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Contudo, as dificuldades e limitações que permeiam essa área, são tão, ou maiores

que as necessidades de quem precisam delas, diga-se de passagem, a maioria dos brasileiros.

Logo de início, o serviço social sofreu com questões que remontam para a sua funcionalidade no contexto de atuação na saúde. Era dado como função, por exemplo, “educar” os cidadãos, sobre aspectos voltados a higiene a parte técnica era voltada para a prevenção dos “problemas sociais” visando novamente à reinserção dos cidadãos. Não que isso, não pudesse ser feito pelo assistente social, mas, é fato que suas funções perpassavam apenas essas atividades, algo, que se fosse somente isso, não representaria de fato suas funções.

Esse caráter assistencialista foi sendo deixado de lado a partir de 1996, quando da realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Nessa ocasião, observou-se a relevância da interdisciplinaridade nos espaços do SUS e reconhecimento de imprescindíveis ações por parte dos profissionais de nível superior constitui marco concepção de saúde e a à integralidade da atenção, reconhecendo o Assistente Social como profissional de saúde.

Nesse tocante, observa-se, por exemplo, uma das maiores dificuldades que sempre foi enfrentada pela categoria. Como os assistentes sociais devem lidar com questões demandas do seu código e ética.

Contudo, a inclusão dos assistentes sociais nas distintas políticas setoriais vem demonstrando dificuldades na definição de seu papel nas equipes multiprofissionais, o que de fato eles devem fazer, qual papel deve desempenhar mediante todas as demandas. A condição da interdisciplinaridade como finalidade dos processos de trabalho nas políticas sociais, particularmente nos serviços sociais, tem exigido – em tempos de acirramento de corporativismos e de busca pela expansão dos campos disciplinares –, cada vez mais, uma definição objetiva acerca do que compete aos diferentes profissionais.

A autora Iamamoto (2011) é bastante objetiva ao declarar e defender que a identidade das equipes profissionais em torno de coordenadas comuns não dilui as particularidades profissionais. Para ela o assistente social, mesmo partilhando o trabalho com os outros profissionais, dispõe de ângulos particulares na interpretação

dos mesmos processos sociais e de uma competência distinta para a realização das ações profissionais.

Esta decorre de vários fatores, dentre eles a formação profissional, a sua capacitação teórico-metodológica, bem como a sua competência na habilidade para desenvolver determinadas ações. Nesse sentido, um projeto profissional crítico vai além da postulação de um quadro de valores, implica na existência de um corpo de conhecimentos que sustente a definição e a execução das ações profissionais (AQUIN, 2009). Em relação ao Projeto Ético-político do Serviço Social brasileiro é importante recordar que este contempla, tanto no âmbito da formação como no do exercício profissional, a indissociabilidade das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

3. PROCESSO HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

O aparecimento e o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, bem como, sua efetivação, estão inseridos principalmente no início do século XX, mas, precisamente nas décadas de 30 e 40, portanto, não deve ser analisada como um evento independente e tão pouco de como apenas um acontecimento natural, na verdade, ele é pelo contrário, deve ser considerado o resultado de dois processos que, relacionados, geraram as condições sócio-históricas necessárias para que a profissão iniciasse seu percurso histórico no cenário brasileiro.

Pelo que diz Iamamoto (2011), a gênese do Serviço Social no Brasil, enquanto profissão, inscrita na divisão social do trabalho está relacionada ao contexto das grandes mobilizações da classe operária nas duas primeiras décadas do século XX, pois o debate acerca da “questão social”, que atravessa a sociedade nesse período, exige um posicionamento do Estado, das frações dominantes e da Igreja.

Inicialmente pode-se destacar o novo modelo em evidência do Estado brasileiro, que decorre da transição do capital de um estágio concorrencial para a fase monopólica.

Aceita-se de forma evidente com as conclusões de Netto (2009) o entendimento de que o Estado intervém no processo econômico desde a ascensão da burguesia, mas, é no capitalismo monopolista, que essa intervenção muda estrutural e funcionalmente. Para o autor “[...] no capitalismo monopolista, as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as suas funções econômicas” (Netto, 2009, p. 25).

Temos a ênfase da conjuntura política da época como elemento funcional e estratégico da ordem concentradora, por se constituir a resposta necessária aos interesses da burguesia e à conseqüente necessidade de legitimação do Estado burguês face à “novas” configurações dos conflitos de classe, suscitados por essa ordem do capital e pela conseqüente conformação política dos movimentos operários – mecanismo tomado como eficiente para aplacar os conflitos que ameaçam pôr em xeque a ordem societária estabelecida, ou seja, os antagonismos da relação

capital/trabalho, objetivados nas múltiplas e tipificadas expressões da “questão social” (FORTI, 2013, p. 51).

O segundo processo que se faz necessário destacar está vinculado à busca pela recuperação da hegemonia ideológica da Igreja Católica, através do fortalecimento da Ação Católica Brasileira (ACB). Como profissão inscrita na divisão do trabalho, o Serviço Social surge como parte de um movimento social mais amplo, de bases confessionais, articulado à necessidade de formação doutrinária e social do laicato, para uma presença mais ativa da Igreja Católica no ‘mundo temporal’, nos inícios da década de 30.

Na tentativa de recuperar áreas de influências e privilégios perdidos, em face da crescente secularização da sociedade e das tensões presentes nas relações entre Igreja e Estado, a Igreja procura superar a postura contemplativa (IAMAMOTO, 2011, p. 18).

Aguiar (2011) nos informa que a missão da Ação Católica é divulgar a doutrina da Igreja, buscando uma reforma social – ação que deve empenhar-se na reconstrução da sociedade.

No que se refere à Doutrina Social da Igreja merecem destaque nesse contexto as encíclicas ‘Rerum Novarum’ do Papa Leão XIII de 1891, que vão iniciar o magistério social da Igreja no contexto de busca de restauração de seu papel social na sociedade moderna e a ‘Quadragesimo Anno’ de Pio XI de 1931 que, comemorando 40 anos da ‘Rerum Novarum’ vai tratar da questão social, apelando para a renovação moral da sociedade e a adesão à Ação Social da Igreja. (YAZBEK, 2010, p. 4).

A primeira se dará em maio, a pretexto da entronização de N. S. Aparecida – proclamada pelo papa como padroeira do Brasil. Diante de uma imensa multidão, a hierarquia, na pessoa de Dom Leme, reafirmará a noção de Nação Católica e o seu direito ao exercício da influência como intérprete e guia da imensa maioria católica da população brasileira.

Em outubro, na inauguração do Cristo Redentor, com a presença de quase toda a hierarquia e dos principais representantes do Estado [...] O governo multiplicará suas demonstrações de receptividade e boas intenções para com a Igreja, acenando-lhe com a volta dos antigos privilégios e o acréscimo de outros tantos (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008, p. 156).

As atividades da caridade tradicional ganham uma nova conformação e certo caráter organizativo, contando com famílias da burguesia paulista e carioca, que passam a contar com o aporte do Estado, o que possibilita realizar obras sociais mais abrangentes. Podemos destacar o surgimento de duas instituições assistenciais: em 1920, no Rio de Janeiro, a Associação das Senhoras Brasileiras e, no ano de 1923, a Liga das Senhoras Católicas, em São Paulo.

Essas instituições surgem dentro do movimento de reação católica e visam atender algumas demandas oriundas do processo de desenvolvimento capitalista. Essas ações podem ser consideradas como o embrião do Serviço Social brasileiro.

A importância dessas instituições e obras, e de sua centralização, a partir da cúpula da hierarquia, não pode ser subestimada na análise da gênese do Serviço Social no Brasil. Se sua ação concreta é limitada, se seu conteúdo é assistencial e paternalista, será a partir de seu lento desenvolvimento que se criarão as bases materiais e organizacionais, e principalmente humanas, que a partir da década seguinte permitirão a expansão da Ação Social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008, p. 167).

As ações se tornam cada vez mais organizadas e outros grupos e associações surgem nesse cenário e, preocupados com a formação de seus componentes, elaboram cursos e semanas de estudos. De um curso intensivo realizado em São Paulo por um grupo de moças religiosas de Santo Agostinho, preocupadas com a “questão social”, surge o Centro de Estudos e Ação Social – CEAS. Para Castro,

O CEAS foi o considerado como o embrião da profissionalização do Serviço Social no Brasil [...] o trabalho de organização e preparação dos leigos se apoia numa base social feminina de origem burguesa, respaldada por Assistentes Sociais belgas que ofereceram a sua experiência para possibilitar a fundação da primeira escola católica de Serviço Social (CASTRO, 2011, p. 102).

As ações daquele centro desenvolveram-se e ganharam importância, orientando suas atividades para uma formação técnica especializada, com a finalidade de difundir a doutrina social da Igreja, por isso, atuava diretamente junto ao proletariado. Segundo Iamamoto (2008) e Aguiar (2011), no ano de 1932, o CEAS envia para a Bélgica duas de suas fundadoras, com o intuito de que elas estudem a organização e o ensino do Serviço Social. Deste modo, no ano de 1936, instala-se, no Brasil, a Escola de Serviço Social de São Paulo, a primeira do País.

No rastro de São Paulo, por iniciativa do Grupo de Ação Social – e assim como a escola paulista, alinhada com a preocupação da Igreja em tornar-se força normativa da sociedade que – no ano de 1937, no Rio de Janeiro, é fundado o Instituto de Educação Familiar e Social, composto pelas Escolas de Serviço Social e Educação Familiar.

As experiências de São Paulo e do Rio de Janeiro foram determinantes para o desenvolvimento do Serviço Social brasileiro e exerceram forte influência no surgimento de outras escolas por todo o país.

Este breve histórico nos faz perceber o quanto a origem do Serviço Social brasileiro está imbricada à ação da Igreja Católica e da sua estratégia de adequação das mudanças econômicas e políticas que alteravam a face do país àquela época. Estamos nos deparando com uma profissão que surge com objetivos claros: dar respostas à “questão social” e ao movimento operário e popular – no sentido de controlá-lo.

Assim, percebemos uma atuação do Serviço Social brasileiro numa perspectiva de caráter mais doutrinário do que científico. Insta mencionar, que ao se manifestar em relação à “questão social”, a Igreja Católica se contrapõe aos princípios tanto do liberalismo quanto do comunismo, tendo em vista que ambos se apresentam enquanto ameaças para sua posição na sociedade.

Portanto, o Serviço Social em sua “fase inicial”, é pautado num posicionamento moralizador em face das expressões da “questão social”, “captando o homem de maneira abstrata e genérica, configurou-se como uma das estratégias concretas de disciplinamento e controle da força de trabalho, no processo de expansão do capitalismo monopolista” (FORTI, 2013, p. 99).

Essa concepção conservadora ignora a estrutura societária, contribuindo para obscurecer para os Assistentes Sociais – durante um amplo lapso de tempo – os determinantes da “questão social” o que caracterizou uma cultura profissional acrítica, sem um horizonte utópico que os impulsionasse para o questionamento e às ações consequentes em prol da construção de novos e diferentes rumos em face das diretrizes sociais postas e assumidas pela profissão (FORTI, 2013, p. 99).

Logo, ao retomarmos o pensamento de Barroco (2001) e considerarmos as características inerentes à chamada herança conservadora do Serviço Social, cabe

destacarmos a influência teórica do neotomismo, que atribuí à sociedade uma ideia de “bem comum”, ou seja, que por si só, é considerada harmoniosa, logo, o indivíduo que não se enquadre nessa perspectiva é visto como “anômalo”, “desviante”.

Dessa maneira, o chamado Serviço Social Tradicional pauta sua ação através de um viés de formação social, moral e intelectual das famílias. Ou seja, através de um trabalho tido como “educativo”, que culpabiliza o sujeito pela sua condição. Em suma, uma prática profissional, baseada em atendimentos individualizados e prolongados, numa ideia de adequação ao comportamento moral esperado, como por exemplo, o chamado Serviço Social de Caso.

O período compreendido entre os anos de 1940 até meados da década 1960 significou, para o Brasil, um momento de considerável crescimento econômico. Nos países latino-americanos, emerge a ideia do desenvolvimentismo, entendido como uma possibilidade de superação do subdesenvolvimento presente nos países da região. No Brasil, os planos desenvolvimentistas não alcançaram os resultados esperados.

O desejo do desenvolvimento econômico com justiça social não se concretizou e o que podemos observar é a forte presença de capital estrangeiro no país, entendida como necessária para o desenvolvimento nacional. O que se observa, em verdade, é a construção de uma indústria no Brasil e não uma indústria do Brasil. O surgimento de uma economia urbano-industrial traz à tona a necessidade de entidades assistenciais para atender às demandas postas e controlar as lutas sociais.

As grandes instituições assistenciais desenvolvem-se num momento em que o Serviço Social, como profissão legitimada dentro da divisão social do trabalho [...] é um projeto ainda em estado embrionário; é uma atividade profundamente marcada e ligada à sua origem católica, e a determinadas frações de classes, as quais ainda monopolizam seu ensino e prática. Nesse sentido, o processo de institucionalização do Serviço Social será também o processo de profissionalização dos Assistentes Sociais formados nas Escolas especializadas [...]

O Serviço Social reaparece modificado, dentro do aparelho de Estado e grandes instituições assistenciais, guardando, contudo, suas características fundamentais. [...] o Serviço Social mantém sua ação *educativa* e *doutrinária* de

“enquadramento” da população cliente (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008, p. 309-310).

3.1. Nova apresentação do serviço social no Brasil: novo horizonte para a profissão no país

Para o Serviço Social brasileiro, os anos 60 do século XX representaram o início de um processo de reformulação global que se prolongará por, pelo menos, três décadas, suscitando um redimensionamento e um amadurecimento profissional indubitável. Esse processo não está finalizado, como explicita Ortiz (2010), “está em curso [...] um processo de construção de uma nova imagem para o Serviço Social brasileiro, iniciado em meados dos anos 60”.

Nessa época, na América Latina, surge o Movimento de Reconceituação, que pode ser considerado como “um marco decisivo do processo de revisão crítica do Serviço Social no continente” e que explicita uma preocupação dos profissionais em repensar a estrutura excludente do capitalismo. O Movimento de Reconceituação, como aponta Netto (2010), “é, sem qualquer dúvida, parte integrante do processo internacional de erosão do Serviço Social ‘tradicional’”. 8

Assim, a Reconceituação questionava o papel dos Assistentes Sociais no processo de superação da condição de subdesenvolvimento dos países latino-americanos em um cenário no qual os projetos desenvolvimentistas nacionais de corte democrático-liberal davam claros sinais de ineficácia e incompatibilidade com os reais interesses e necessidades da população [...].

Questionavam, portanto, a condição e a posição dos países latino-americanos no contexto de dominação burguesa, estão fundamentadas no grande monopólio internacional. Ou seja, pode-se afirmar que a Reconceituação foi, indubitavelmente, um fenômeno organicamente vinculado à conjuntura da sua época marcada mundialmente por uma crise sem precedentes da ordem capitalista em sua fase monopólica (ORTIZ, 2010, p. 162).

Muitas são as transformações sofridas pela sociedade brasileira com a instauração do regime militar. A repressão e a violação de direitos para a manutenção da ditadura são, sem dúvida, o aspecto mais triste desse cenário. Esse ambiente

promove profundas alterações também no âmbito do Serviço Social, que se vê diante de novas demandas.

Aos assistentes sociais, são apresentados espaços de atuação redimensionados, o Estado, as empresas multinacionais e a filantropia privada. Com a ampliação de um mercado nacional para os assistentes sociais, ocorre uma modificação tanto na prática quanto na formação desses profissionais. O Serviço Social começa a romper com o que praticava até o momento e passa a apresentar polêmicas, heterogeneidade nas propostas interventivas, busca por uma elaboração teórica mais consistente e, principalmente, apresenta sua laicização (NETTO, 2010).

O Serviço Social começa a romper com o que praticava até o momento e passa a apresentar polêmicas, heterogeneidade nas propostas interventivas, busca por uma elaboração teórica mais consistente e, principalmente, apresenta sua laicização. Sumariamente, podemos mencionar que se coloca em curso, no Serviço Social brasileiro, um processo de renovação, que se desenvolve a partir do pós-64 até meados da década de 1980, apresentando três direções e/ou projetos profissionais. São elas: a perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo – ou fenomenológica – e a intenção de ruptura com o antigo. Portanto, vivencia-se nesse momento uma nova fase que se perpetua até os dias atuais, com variações necessárias para cada momento e necessidade.

Após tudo isso, a representatividade do Assistente Social nos espaços de saúde inclusive em algumas experiências nas equipes de PSF, tornou-se bastante expressivo e essencial, visto que, esses profissionais tornaram-se, em maior ou menor escala, profissionais que propuseram uma maior mediação entre clientela assistida e os demais profissionais da saúde. Os pacientes começaram pouco a pouco a compreender que o assistente social não prescrevia receituários com medicamentos ou tratamentos, era um profissional da equipe que estava naquele momento pronto para corroborar com a interlocução entre pacientes e profissionais.

É correto também afirmar que o serviço social no Brasil começa ou já está em processo de fomentação de sua identidade, de sua essencial e necessidade no serviço de saúde. Atualmente, um estabelecimento de saúde da rede pública de médio e grande porte hospitalar já agrega em seu corpo profissional os assistentes sociais.

Nessa conjectura visualiza-se que sua essencialidade tornou-se algo primordial, e mais do que isso eficaz. (DELGADO & FLOR, p. 73).

Aos assistentes sociais, são apresentados espaços de atuação redimensionados, o Estado, as empresas multinacionais e a filantropia privada. Com a ampliação de um mercado nacional para os assistentes sociais, ocorre uma modificação tanto na prática quanto na formação desses profissionais. O Serviço Social começa a romper com o que praticava até o momento e passa a ter brilho próprio, com características próprias.

A renovação do Serviço Social é, portanto, fruto de um processo histórico e assim vai se configurando como uma ação de construção de saberes na área e que possibilita o pluralismo no seio do Serviço Social, ao encontrarmos a diversidade no que diz respeito às maneiras de enfrentar a realidade social, de compreender a questão social e o próprio Serviço Social. Diversidade teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa na profissão: do modo de pensar, fazer e escolher (CARDOSO, 2013, p. 135).

4. ASPECTOS LEGAIS SOBRE O IDOSO

No Brasil existem leis específicas para garantir os direitos do Idoso. A mais recente é nacionalmente conhecida como o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), lei que regulamenta os principais direitos que devem ser assegurados a todos os cidadãos a partir dos 60 anos de idade, na qual se estabelecem, além disso, também deveres e diversas medidas de punição, para quem não cumprir a lei devidamente.

Essa foi a maneira que o Estado Brasileiro estabeleceu para justamente atender a demanda que já hoje aumentou bastante e que as perspectivas indicam que pelo menos duplicará em menos de 30 anos.

Dentre tantos artigos, existem 04 artigos, mais especificamente os artigos 11, 12, 13 e 14 que versam, dentre algumas situações, a da prestação de alimentos ao idoso, em conformidade com o Código Civil.

Nesses está destacado que é preciso garantir não apenas a alimentação da pessoa idosa, mas também sua sobrevivência. O conceito, portanto, tem de ser entendido de forma ampla, englobando alimentação, medicamentos, vestuário, habitação, lazer, saúde, entre outras despesas.

Dentro dessa perspectiva, é salientado que a obrigação alimentar é solidária, podendo o estatuto também ampara o direito de atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa atenção à saúde é importantíssima, e para entender, nas próprias determinações de Lei diz (BRASIL, 2007), isso é destacado:

Determina que a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: cadastramento dos idosos; atendimento com geriatras e gerontólogos em ambulatórios ou unidades geriátricas; atendimento domiciliar; internação para aquele que dela necessite; tratamentos de recuperação de lesões ou sequelas decorrentes de agravo da saúde. É importante salientar, ainda, que cabe ao poder público fornecer gratuitamente à pessoa idosa: medicamentos, inclusive aqueles de uso continuado, próteses, órteses, reabilitação ou habilitação. (BRASIL, 2007).

Portanto, as políticas públicas de saúde estão ajustando suas ações para de fato atenderem as necessidades das pessoas da terceira idade e conseqüentemente atenderem a ao que determina a lei.

Dados de institutos como o IBGE (BRASIL, 2007) afirmam que hoje há no Brasil perto de duas dezenas de milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; e ainda mais, que, em 2025, esse número chegará a 32 milhões, ficando entre os seis maiores países no número em número de idosos; e, em 2050, possivelmente, o número de pessoas idosas será maior ou igual ao de crianças e jovens de 0 a 15 anos; sendo nosso país, um lugar de mais idosos do que crianças e nesse ritmo, de mais idosos que pessoas jovens, situação que se torna marcante em todo o mundo. Com isso, o impulso dessa nova ordem de formação demográfica é colossal; o desafio é, portanto, torna essa mesma proporção.

Dessa forma, compreende-se que os idosos precisam de assistência social e respeito nos direitos para exercer verdadeiramente sua condição de cidadão que contribui ou contribuiu muito para o desenvolvimento do país. Cada idoso sabe o que precisa e o que deve fazer para melhorar sua condição de vida.

Chegar nessa fase de vida é algo importantíssimo. Portanto, o envelhecimento da população brasileira e a maior longevidade das pessoas idosas são, sem dúvida, um novo desafio que, também, aponta novas perspectivas de vida. Longe de ser frágil, a maioria das pessoas idosas mantém-se em boas condições físicas, realizam as tarefas do cotidiano e contribuem com suas famílias.

A idade mais avançada da população está se processando em meio a condições de vida para parcelas imensas da população, ainda muito desfavoráveis. Os rendimentos de aposentadoria dos idosos elevam a renda familiar entre os mais pobres, contribuindo para reduzir os níveis de pobreza no País. (DELGADO, 2012).

Outro ponto, a ser considerado, é que a pessoa idosa pode e deve ser inserido na sociedade de maneira qualificada, assumir papéis relevantes e, por que não, reiniciar um novo ciclo de trabalho. Há um crescente reconhecimento de que o idoso deve ter condição de trabalhar enquanto desejar e os direitos da idade devem ser reconhecidos e recompensados. O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social, e é dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção

à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Para tanto, seus direitos ou deveres diferenciados devem ser garantidos. A seguir alocaremos direitos que estão instituídos no estatuto do idoso (Brasil, 2007):

Art. 23. A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais.

Nesse artigo é garantido a preferência em filas, descontos em ingressos, portanto, acesso ao lazer de forma diferenciada onde é dada a oportunidade a pessoas idosa de viver a cultura e a descontração de forma adequada.

Art. 25. O Poder Público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual. Art. 26. O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas. Art. 27. Na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego, é vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir. Parágrafo único. O primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao de idade mais elevada. (BRASIL, 2007).

Entre os artigos 25 e 27 além do parágrafo único, são dispostas as condições relevantes ao idoso para estudar inclusive de estudo universitário, além disso, também, as condições e garantias para exercer uma atividade profissional de forma digna e em iguais condições com os demais funcionários. Por fim, no parágrafo único é dada a prioridade ao idoso a prioridade mediante empate em pontuação em concurso público.

Existem também os artigos que se achem a seguridade social, como:

Art. 33. A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes. Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas. Art. 38. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia

própria, observado o seguinte: I - reserva de 3% (três por cento) das unidades residenciais para atendimento aos idosos.

Nos artigos que foram destacados, são referenciadas as condições as vantagens na assistência social, na preferência nos programas habitacionais, sendo reservados pelo menos 3% das habitações ou mais habitações mediante leis orgânicas dos municípios.

Aos idosos também são garantidos a inteira gratuidade para utilizar transporte coletivo em âmbito urbano, nos transportes intermunicipais e interestaduais reservam-se as condições no que dispõe a Lei.

Art. 39. Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares. Art. 40. No sistema de transporte coletivo interestadual observar-se-á, nos termos da legislação específica: I - a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos; II - desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos. (BRASIL, 2007).

São garantias irrevogáveis e que devem ser obedecidas de forma irrefutáveis, sem condições amenizantes, e que as empresas de transporte devem se adequar e oferecer o serviço de forma adequada e justa principalmente.

Por fim, na justiça também são oferecidas as seguintes garantias para o idoso: Art. 71. “É assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância.” Assim, nos processos judiciais tanto em primeira, segunda ou terceira instância, a pessoa idosa é dada essa condição essencial, em uma justiça tão lenta.

4.1 Políticas sociais para o idoso

É importante entender o que na verdade é uma política social, e mais ainda uma política social voltada especificamente para o idoso. Delgado e Flor (2012, p. 73) destacam as seguintes questões:

Uma das possibilidades para pensarmos as novas e dinâmicas relações entre as gerações no Brasil contemporâneo é aquela aberta pela análise das políticas de proteção social voltadas aos diferentes grupos etários. Além de circunscreverem possibilidades objetivas de estabelecimento de relações de solidariedade entre mais velhos e mais jovens e de definirem direitos e deveres mútuos, as políticas de proteção social, ao criarem determinados acordos sociais, incidem também no plano das identidades sociais. No campo específico das gerações, as políticas sociais regulam relações que estão no entremeio entre público e privado e que, historicamente, foram construídas em torno de papéis definidos de geração e de gênero. (DELGADO & FLOR, p. 73).

Essa compreensão é essencial para nortear o que de fato deve ser feito para se desenvolverem as políticas sociais com ênfase no idoso.

Quando as políticas públicas focam seu trabalho no idoso, Delgado e Flor (2012, p. 78) ressaltam os seguintes pontos:

Em termos da questão da proteção social pública ao idoso, pode-se perceber que todo esse processo de mudanças corresponde à introdução de novas concepções de políticas para essa etapa da vida. Analisando a realidade brasileira, percebemos que se pode traçar uma fronteira entre uma concepção de velhice presente nas políticas anteriores ao Estatuto do Idoso e uma outra após essa lei. Trata-se, no primeiro caso, de uma visão dos velhos como pessoas necessariamente pobres e abandonadas, sem autonomia, carentes e limitadas para a gestão de suas próprias vidas. Explica-se, assim, a associação feita, por muitos anos, e que ainda se repõe hoje, entre a velhice, a pobreza, e a doença e, pois, explica-se o caráter filantrópico e pontual dado ao trato do envelhecimento pelo Estado, semelhante ao trato dado à população pobre e incapacitada para o trabalho. (DELGADO & FLOR, 2012, p. 78).

As autoras fazem referência à lei conhecida como Estatuto do Idoso e suas mudanças após sua efetivação. O que de fato pode ter melhorado, o que ainda tem que ser ajustado, o que precisa ser feito para que a pessoa da terceira idade tenha de fato seus direitos atendidos.

Portanto, dentro de todo esse contexto de transformações, na questão do envelhecimento, nos faz compreender que o aumento do contingente de velhos da população brasileira e do aumento da longevidade da população (CAMARANO, 2003), a questão da velhice no Brasil tem se tornado cada vez mais importante, justamente em função das mudanças que estão acontecendo.

Na contemporaneidade, torna-se evidente o caráter complexo da questão do envelhecimento. Um dos eixos que nos permite compreender esse quadro é a

crescente exposição da velhice e sua expressão como uma questão social e o surgimento de demandas específicas para o idoso em torno dos direitos e no interior das políticas sociais. É dentro de todo esse contexto que se precisa entender a compreensão da temática.

4.2 Princípios essenciais do Estatuto do idoso

O Estatuto do idoso é um meio legal de proteção e cuidado com pessoas dessa faixa de idade. Em um país que não possuem ainda, uma cultura de políticas públicas de cuidado com o idoso, uma lei dessa natureza tem uma importância considerável para que a pessoa tenha seus direitos garantidos por lei.

Na saúde, a Lei nº 10. 741, de 1º de outubro de 2003, no seu capítulo IV, apresenta os seguintes princípios:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. § 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: I – cadastramento da população idosa em base territorial; II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural; V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde. (BRASIL, 2007).

Observa-se que são diversos os serviços de saúde, dentro da concepção do SUS, que devem ser dispensados ao idoso, inclusive o da assistência social, na figura do assistente social.

Na lei, incumbe-se ainda ao Estado, as seguintes obrigações:

§ 2º 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. § 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. § 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei. § 5º É vedado exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos, hipótese na qual será admitido o seguinte procedimento: I - quando de interesse do poder público, o agente promoverá o contato necessário com o idoso em sua residência; II - quando de interesse

do próprio idoso, este se fará representar por procurador legalmente constituído. § 6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária. § 7º Em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência. (BRASIL, 2007).

A lei é ampla, redigida de forma a cobrir as diversas necessidades, mas, infelizmente alguns pontos como o fornecimento de medicamentos gratuitamente pode ocorrer falhas no oferecimento dessa garantia, sendo difícil, cobrar por esse direito, visto que, temos instituições nas três esferas que podem fornecer os medicamentos, ficando difícil para o idoso, saber de quem cobrar e como cobrar.

Como complementação de direitos, são ainda, destacados pela Lei, os seguintes pontos, todos eles, fazendo referência à saúde.

Art. 16. 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. Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito. Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita: I – pelo curador, quando o idoso for interditado; II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil; III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar; IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público. Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda. Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: I – Autoridade policial; II – Ministério Público; III – Conselho Municipal do Idoso; IV – Conselho Estadual do Idoso; V – Conselho Nacional do Idoso. § 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. § 2º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista no caput deste artigo, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. (BRASIL, 2007).

Observa-se no artigo 18, que é atribuído ao sistema de saúde a obrigação atender aos critérios mínimos de atendimento às necessidades do idoso, nisso,

compreende-se que esses critérios mínimos de atendimento estão dispostos todo o trabalho do PSF, e de sua equipe, sendo esses profissionais que possuem contato direto e permanente com os idosos da sua respectiva comunidade.

No distrito de Croatá e mais especificamente na Unidade Básica de Saúde em questão observa-se que esses direitos começam a tomar referencia, visto que, no atendimento dos idosos existem dia e hora marcada, semanalmente, sem atrasos e demandas extras. Os medicamentos são distribuídos de forma regular acontecendo eventualmente falta de ou outro que logo são adquiridos e distribuídos.

Na verdade, até pelas entrevistas, nota-se uma satisfação considerável dos idosos hipertensos pesquisados, avaliado pelos itens que estão dispostos, observa-se que pelo menos no serviço de saúde está sendo garantidos os direitos das pessoas idosas no distrito de Croatá.

Observa-se também que nas filas de mercadinho, nos pagamentos ou recebimentos em locais dessas atividades, já são praticadas as ações de preferência aos idosos. E, assim, vão sendo construídas as atitudes, o respeito, os direitos e tudo o que é preciso para o idoso seja considerado de fato e de direito como cidadão.

5. ANÁLISE DE EXPERIÊNCIA DE ATENDIMENTO NO PSF I

O atendimento dispensado em uma unidade básica de saúde é essencial no funcionamento de toda a estrutura de prestação de serviço, é nesse local onde são oferecidos os primeiros e como o próprio nome diz, são prestadas as ações básicas de saúde, dentre elas, a atenção as pessoas idosas, e suas necessidades, que dentre elas, as condições de hipertensão.

Nessas condições, a Unidade Básica de Saúde I, localizada na Rua Dona Vitória, S/N, distrito de Croatá, no município de São Gonçalo do Amarante, no estado do Ceará.

Para tanto, foi realizada a referida pesquisa com a população composta por 18 idosos, de ambos os sexos, devidamente cadastrados e com tratamento a pelo menos um ano na unidade de atendimento básico PSF I de Croatá.

Cada entrevista foi realizada na Unidade básica de saúde ou na residência do paciente. Os questionários levaram em média de 20 minutos para serem respondidos, onde a pessoa responsável pela aplicação foi devidamente orientada para levantar os questionamentos de forma a obter dados mais fiéis e corretos para que se tenham as informações com mais veracidade.

A coleta de dados foi realizada através de questionário estruturada contendo questões fechadas referentes às condições socioeconômicas dos pacientes, contendo itens referentes ao tema. Os dados que foram catalogados, examinados e interpretados para descrever quais são seus pontos de relevância e que podem ser abordados para o entendimento e aplicabilidade no estudo.

Segundo o que foi apurado temos uma amostragem de idosos que vão de 93 anos, sendo a idade mais elevada e a menor idade de 62 anos. Portanto, a média de idade fica em torno de 73,7 anos.

Os idosos são todos residentes na localidade, aposentados, de renda entre 01 e 02 salários mínimos, com a saúde em condições muitas vezes precária, morador de um núcleo familiar, morando em casa própria ou de familiares. Tendo todos eles tratamento constituído apenas na unidade básica de saúde.

O quadro abaixo apresenta a condição civil de cada idoso:

Condição civil/quantidade	01-05	06-10	11-15
Solteiro (a)	03		
Casado (a)			12
Viúvo (a)	02		
Divorciado (a)	01		

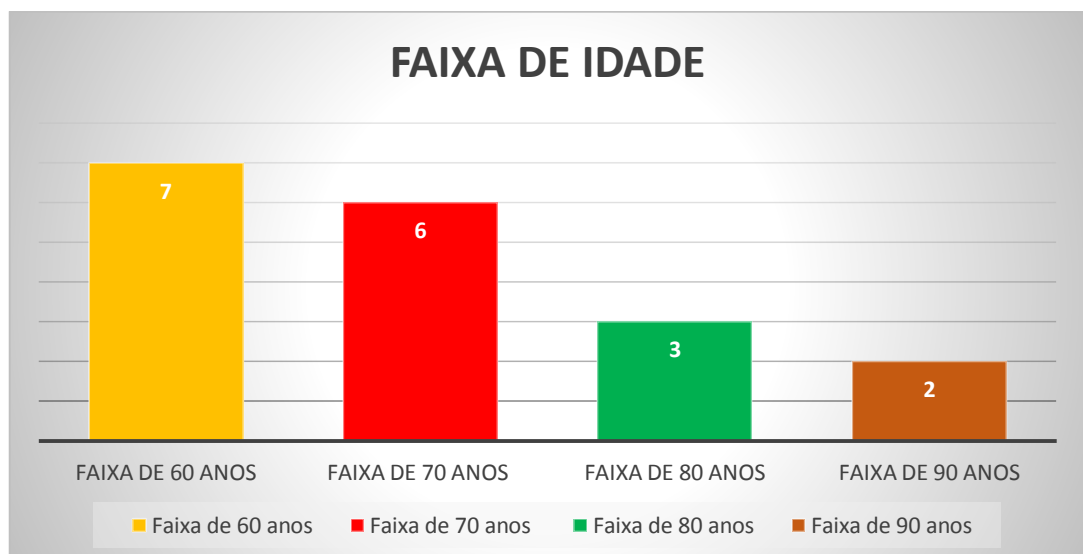
FONTE: Dados da pesquisa do autor.

Observa-se que grande parte dos idosos constitui família e são inclusive casados, mantendo estreitos laços com demais familiares.

Compreende-se que a maioria dos idosos estão inseridos no núcleo familiar, onde a informação confirma os resultados obtidos no item interior da pesquisa, onde observa-se que apenas um idoso viver sozinho, enquanto o restante possui família e convive com ela.

E essa condição de estar em âmbito familiar é consideravelmente um dos fatores que possivelmente leve a longevidade, há melhores condições de tratamento, convívio social, distração, lazer, e todos os demais elementos que contribuem para a pessoa idosa se sinta mais viva, participativa dentro da sociedade.

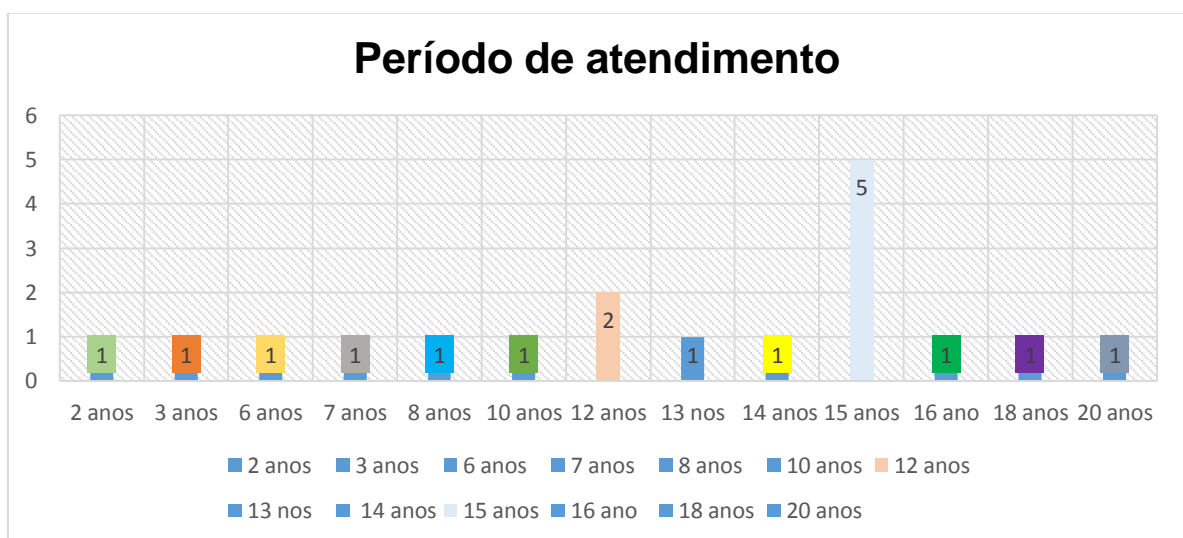
Vejamos abaixo o gráfico que representa os idosos pesquisados:



FONTE: Dados da pesquisa do autor.

Observa-se uma prevalência de idosos da faixa etária dos 60 anos, sendo a idade de 64 anos a idade que mais se repete dentre todas as pessoas pesquisadas. O idoso com mais idade, tem 93 anos, os dois de menor idade tem 62 anos. Os 05 idosos que estão entre 80 e 93 anos, possuem condições de fornecer de forma mais ampla o conhecimento sobre as temáticas abordadas na pesquisa.

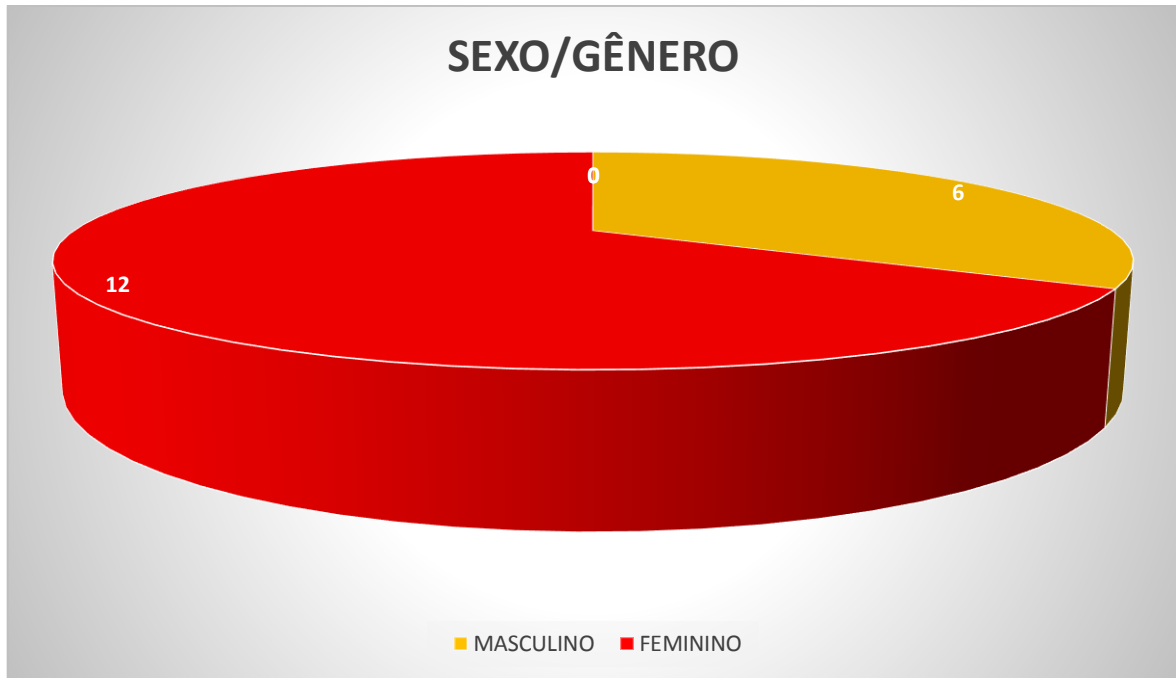
Outro critério importante para a pesquisa, busca analisar o tempo em que o atendimento é realizado ao idoso na referida Unidade Básica de Saúde. Para tanto, temos os seguintes dados.



FONTE: Dados da pesquisa do autor.

Pelos dados apresentados temos idosos que estão sendo atendidos há apenas dois anos, bem como, um que está há mais de 20 anos sendo atendido na mesma unidade básica de saúde. A média de idade ficou exatamente em 12 anos, o que transmite uma consistência de informações, sabendo e conhecendo o que são as condições que a Unidade de Saúde pode oferecer e quais são as suas maiores dificuldades.

Quanto ao gênero, os dados são os seguintes:



FONTE: Dados da pesquisa do autor.

Existe uma maior prevalência do sexo feminino, onde as mulheres superam em 100% a quantidade dos homens pesquisados, isso se replica para a totalidade, ocorrendo por fatores como: maior prevalência do sexo feminino na busca pelo tratamento médico; e pela longevidade do sexo feminino que se apresenta também, no cenário nacional, comprovando-se até na pesquisa onde, os idosos de 90 e 93 anos são do sexo feminino.

No questionamento sobre o vínculo familiar, 9,4% (1 pessoa) diz viver sozinho, 90,6% possuem núcleo familiar, o que nos proporcionar dizer que esses idosos estão inseridos no seio familiar, algo importante, o que denota que não existe abandono e que o contato com os familiares favorece a manutenção de um quadro mais saudável, consequentemente melhorando a qualidade de vida.

Outro ponto que deve ser observado diz respeito a sua independência ou dependência em relação aos seus familiares ou cuidadores. Na pesquisa, 13 deles, algo em torno de 72,22%, dizem ser independentes, que realizam praticamente todas as suas atividades de forma independente. Enquanto, 27,78%, 05 idosos, portanto, afirmam possui certo grau de dependência ou dependência completa para realizar suas atividades cotidianas.

Uma das questões abordadas refere-se ao pedido de orientação de atendimento e apoio ao idoso e que é prestado pelo PSF. Isto é, quem observou que o quadro de hipertensão era algo que devia ser acompanhado pelo serviço de saúde.

Dos idosos que realizaram a pesquisa e responderam essa questão, 02 disseram que foram orientados pelo enfermeiro da equipe do PSF, 13 alegam que foram conduzidos pelo médico, 02 disseram que foram levados por algum membro da família e, por fim, apenas 1 disse procurou o serviço de saúde por conta própria. Evidencia-se dessa forma que a maioria dos idosos só passou a ter um acompanhamento médico, porque receberam orientações do médico. Apenas 9,4%, no caso 1, procuraram atendimento por conta própria.

Como parte do propósito do PSF, a relação entre o médico e os pacientes torna-se muito próxima, sendo que os pacientes passam a confiar muito no profissional. Isso justifica a insatisfação quando a troca ou substituição do médico ocorre, sendo isso um fator que gera toda uma nova adaptação com outro profissional.

No quadro seguinte são apontados os serviços que são prestados na unidade básica de saúde e que os idosos mais utilizam de forma rotineira ou com mais frequência.

Serviço	01-05	06-10	11-20
PSF/Quantidade			
Enfermagem			18
Apoio domiciliar			16
Alimentação	04		
Tratamento de roupa			

Higiene habitacional			17
Higiene pessoal	04		

FONTE: Dados da pesquisa do autor.

Nota-se que o atendimento do PSF é focado principalmente no atendimento de enfermagem, nos atendimentos primários, no qual os enfermeiros são os profissionais que mais tem contato com o idoso, acompanhado do técnico de enfermagem e o agente de saúde.

Isso se comprava quando dos 18 entrevistados 16 dizem possuir apoio familiar e 17 afirmam ter higiene pessoal. Essa higiene entende-se como o momento em que o agente de saúde, por exemplo, faz as orientações de vacinação, controle dos criadouros do mosquito da dengue, dentre outros.

Na segunda parte da pesquisa foi feita a seguinte pergunta ao idoso: “Que outro serviço gostaria que lhes fossem prestados?”. As respostas foram as seguintes: “se o hospital fosse melhor (01), “deveria ter psiquiatra (01)”, “precisaria de exame de eletrocardiograma (01)”, “precisamos de exames mais completos (02)”, “estou satisfeito com os atendimentos (06)” e “falta fisioterapia (11)”. Alguns idosos destacaram duas necessidades para completar seu atendimento.

Visualiza-se nisso, que os idosos compreendem que o atendimento é satisfatório, mas, precisa de melhorias, dentre elas, a fisioterapia é uma das maiores necessidades que eles acreditam para aperfeiçoar o atendimento.

A terceira e quinta fases da pesquisa adentram no questionamento para saber o nível de satisfação do trabalho dispensado ao idoso pela equipe do PSF. Na disposição a seguir, temos o resultado da pesquisa.

Questões/ satisfação/insatisfação	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
Visitas e abordagem do ACS			02	16
Marcação de consulta pelo PSF			01	17
Período de atendimento quanto ao tempo		02	01	15
Nível de satisfação com atendimento do médico do PSF		03	05	11
Nível de satisfação com atendimento do enfermeiro do PSF			02	16
Nível de satisfação com atendimento do técnico de enfermagem do PSF			03	15
Nas visitas que a equipe de enfermagem fez, ficou satisfeito com a sua atuação.		03	05	10

FONTE: Dados da pesquisa do autor.

Os dados mostram um bom nível de satisfação dos idosos, nos quesitos que foram explorados na pesquisa. No item completamente satisfeito, tem-se uma porcentagem de aceitação de 82% em média para todos os itens. Foi verificado também que é um item muito satisfatório e que teve boa aceitação, com de cerca 23%.

Os itens que tiveram uma aceitação desfavorável (em torno de 17%) estão relacionados ao atendimento do médico do PSF, isso se deve possivelmente por conta da grande rotatividade dos profissionais médicos na unidade básica de saúde e mesmo sem serem perguntados sobre isso, 90% dos idosos pesquisados destacaram que isso é um ponto negativo.

Assim sendo, entendemos que o atendimento oferecido ao idoso pela equipe do PSF I de Croatá foi avaliado como muito satisfatório, onde a maioria dos idosos está satisfeito com a maioria dos serviços de saúde oferecidos. Fica evidente que o ponto mais questionado está na troca constante do médico o que acaba por atrapalhar em suma as medidas de atendimento ao idoso.

A maioria dos idosos está em atendimento nessa unidade de saúde há mais de 12 anos, o que garante uma veracidade nas informações muito importante. Todos compreendem que mesmo satisfeito, muito ainda pode melhorar, principalmente na ampliação dos atendimentos em fisioterapia.

Analisando todas as condições que foram dispostas é possível avaliar que o atendimento dispensado ao idoso nessa unidade de saúde é relativamente bom, mas, a rotatividade de profissionais médicos é fator preponderante para um dos únicos pontos de insatisfação dos idosos entrevistados.

Os idosos se sentem satisfeitos com a visita dos agentes comunitários de saúde, dos profissionais de enfermagem, dos técnicos e do próprio médico, mesmo não sendo o mesmo por longo período.

A elevada solicitação de atendimento de fisioterapia também perpassa por essa insatisfação. Isso ocorre por conta dos médicos ortopedistas solicitarem esse tipo de atendimento e ele por não existir, tudo isso acaba por complicar e fazer com que o idoso fique percebendo que não tenha seus reais direitos garantidos.

Na avaliação sobre o tempo de atendimento, qualidade e periodicidade, os idosos acreditam estar satisfeitos, onde eles próprios entendem que nesses quesitos

os idosos estão sendo bem atendidos. Como a grande maioria deles são atendidos a mais de 5 anos, esses possuem toda as condições de dizer de fato o que está acontecendo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados com o idoso no Brasil, nos últimos anos, iniciaram um processo de melhoramento e aperfeiçoamento bastante eficaz. Para os idosos com hipertensão esses serviços se tornaram essenciais.

É evidenciado no trabalho como foi o processo de desenvolvimento e fundamentação da assistência social no Brasil, desde a sua implementação como de atuação individual e posteriormente como foi inserida nas ações interdisciplinares da área de saúde, nas equipes de PSF, nos hospitais e postos de saúde.

Para tanto, esses serviços de saúde são em tese e de fato em grande parte dispensados pelas equipes de saúde conhecidas como PSF (Programa de Saúde na Família), nos quais essas equipes realizam os mais diversos serviços de saúde na atenção básica.

Fica evidente que o serviço social ainda passa por processo de aceitação, inclusive por outros profissionais de saúde, de profissionais afins. São demonstradas as principais dificuldades desses profissionais, os preconceitos, e tudo que não contribui para as finalidades de sua prestação de serviço a comunidade.

É fato que existem imensos desafios, mas, existem tantos outros avanços, em que a criação do código de ética do assistente social veio para colaborar com os direcionamentos que tanto a área necessitava. A partir disso, os assistentes sociais conseguiram saber de fato quais são suas funções e atribuições, o que deve ser feito para que seja cumprido as suas principais obrigações. Além de definir quais são de fato seus direitos e assim vislumbrar as melhores expectativas para a profissão.

Localidades como a de Croatá, distrito do município de São Gonçalo do Amarante no estado do Ceará precisam desses serviços de forma constante e assim sendo, são indispensáveis para a população.

Fica evidente que a equipe de PSF I da referida unidade de saúde é avaliada pelos seus idosos hipertensos como uma prestadora de serviço nesse ramo com muita qualidade e que seus atendimentos são importantíssimos para a garantia e manutenção da saúde desses idosos.

Apesar disso, são apontadas questões que devem ser melhoradas, ampliadas e intensificadas, para garantir satisfação total algo tão necessária. Dentre essas questões está, por exemplo, a ampliação dos exames oferecidos, o oferecimento de atendimentos fisioterápicos, além de psiquiatria e exame de eletrocardiograma.

É importante também destacar que os idosos não concordam com a troca constante de médico durante o ano ou de um ano para outro. Para eles, isso deixa o atendimento deficitário, visto que, o profissional não consegue se familiarizar, ou melhor, dizendo tomar conhecimento das necessidades de seus pacientes.

Verificando a questão social, esses parâmetros devem ser analisados sobre a conjectura de uma ferramenta que possibilita aos idosos observar que existe um serviço público que é capaz de oferecer aos idosos a possibilidade de melhorar sua qualidade de vida. É fato também que a inserção do assistente social, na equipe do PSF, poderá auxiliar nas questões sociais, algo que de fato acaba por influenciar diretamente na qualidade de vida do idoso, logo, nesse aspecto, o assistente social e seu trabalho possui bastante relevância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A. G. **Serviço Social e filosofia: das origens a Araxá.** 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

AQUIN, N. **El Trabajo Social en la institucionalidad de las políticas públicas. Comprender los limites, potenciar las posibilidades.** In: AQUIN, N.; CARO, R. (Org.). *Políticas Públicas, derechos y Trabajo Social en el Mercosul.* Buenos Aires: Espacio Editorial, 2009, p. 151-166

ALCANTARA, Luciana da Silva; VIEIRA, João Marcos Weguelin. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 334 - 348, jul./dez. 2013.

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social - Fundamentos Ontológicos.** São Paulo, Cortez, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Estatuto do idoso.** Brasília. Constituição Federal, 2007.

CARDOSO, P. F. G. **Ética e projetos profissionais: os diferentes caminhos do serviço social no Brasil.** São Paulo: Papel Social, 2013.

CASTRO, M. M. História do Serviço Social na América Latina. 12 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

COSTA, M. D. H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais.** Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 62, p. 35-72, 2000.

DELGADO, Josimara; e FLOR, Cristiane Silva Villa. **Políticas sociais para idosos: algumas reflexões a partir do enfoque de gênero.** XV Encontro de Ciências Sociais do Norte e Nordeste e Pré-Altas Brasil, 2012.

FORTI, V. **Ética, crime e loucura: reflexões sobre a dimensão ética no trabalho profissional.** 3 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 7 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 25. ed. São Paulo, Cortez, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa anual do comércio. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05/08/2014.

LEAL, Kathleen Elane. **Serviço social como profissão de saúde:** contribuições ao debate. Universidade Estadual de Paraíba (UEPB). 2012.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social:** uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

OLIVEIRA, S.L. **Teoria métodos e técnicas de pesquisa – 4ª.** Edição: Independente, 2004.

ORTIZ, F. G. **O Serviço Social no Brasil:** os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

SARRETA, F. O. **O trabalho do assistente social na saúde.** Ciência et Praxis, v. 1, n. 2, 2008

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). **O idoso no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

QUESTIONÁRIO

Este questionário surge no âmbito da colheita de dados para o desenvolvimento do estudo de investigação, é dirigido ao idoso. Garante o anonimato.

I. Dados sócio - demográficos:

Idade: _____ anos

Sexo:

Masculino Feminino

Agregado Familiar:

Sozinho Família Família de Acolhimento

Independente: Dependente: Acamado:

Com apoio da instituição há quanto tempo?

A orientação para o pedido de apoio foi dado por:

Vizinho Enfermeiro Médico

Assistente social própria Família

Estado Civil

Solteiro (a) Divorciado (a)

Casado (a) Viúvo(a)

II. Inquérito

1. Que serviços lhe são fornecidos?

Enfermagem S N

Apoio domiciliário S N

a) Alimentação

b) Tratamento de roupa

c) Higiene habitacional

d) Higiene pessoal

2. Que outros serviços gostavam que lhe fossem prestados?

3. Qual o seu nível de satisfação relativamente:

Visitas e abordagem do ACS

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1	2	3	4

Marcação de consulta pelo PSF

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1	2	3	4

Período de Atendimento quanto ao tempo.

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1	2	3	4

Nível de satisfação com Atendimento do médico do PSF

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1	2	3	4

Nível de satisfação com Atendimento do enfermeiro do PSF

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1	2	3	4

Nível de satisfação com Atendimento do técnico de enfermagem do PSF

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1	2	3	4

- 4. Alguma vez o Enfermeiro/Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde, veio a sua casa para falar consigo ou prestar algum cuidado?**

Não

Sim

(se respondeu sim a esta pergunta deverá responder também à pergunta seguinte)

- 5. Nas visitas que a Equipa de Enfermagem fez, ficou satisfeito com a sua actuação?**

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1	2	3	4

Obrigada!



À Programa de Saúde da Família (PSF I) de Croatá.

Nesta,

Ao, Dr. Luana Macedo da Silva

Venho por meio deste, solicitar uma autorização para que a estudante do Curso de Serviço Social, Lucileide de Freitas Silva portadora de RG N°2004010044489, desenvolva uma Pesquisa de Campo no PSF I para a coleta de dados de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) cujo título provisório é: O trabalho do PSFI de Croatá dispensado aos idosos. A referida pesquisa tem como objetivos: Fazer um estudo sobre o atendimento e trabalhos de saúde para o idoso. O mesmo estudo também busca conhecer como a equipe multidisciplinar planeja suas ações para melhoria de saúde dos idosos.

Fortaleza, 23 de setembro, de 2017.

Cordialmente,

Diocleciana Paula da Silva

Profª Diocleciana Paula da Silva
orientadora

Luana Macedo da Silva
ENFERMEIRA
COREN - CE 424822

Profª Diocleciana Paula da Silva
Coord. Serviço Social
CRESS 2100
Fac. II - R. R. R. R.

Endereço: **Unidade de Ensino I:** Rua Isac Amaral, 420- Dionísio Torres – Fortaleza-CE.
CNPJ 03.529.230/0001-30 Fone/Fax: (85) 3021.5553 - Cep. 60.130-304
Unidade de Ensino II: Av. Rogaciano Leite, 340- Salinas – Fortaleza-CE. – 60.810-786
Credenciada pela Portaria nº1381, 09/05/2002 Publicada DOU nº 90, 13/05/2002
Site: www.ratio.edu.br e-mail: ratio@ratio.edu.br