



**CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DO CEARÁ
FACULDADE TEOLÓGICA RATIO – RATIO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA ELIANE DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL: NO ATENDIMENTO AO IDOSO
VÍTIMA DE ABANDONO NO HOSPITAL FROTINHA DE MESSEJANA –
FORTALEZA – CE.**

**FORTALEZA - CE
2016**

MARIA ELIANE DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL: NO ATENDIMENTO AO IDOSO
VITIMA DE ABANDONO NO HOSPITAL FROTINHA DE MESSEJANA-
FORTALEZA-CE.**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para à obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social.

**ORIENTADORA: Prof^ª. Mest. Kelly Maria
Gomes**

**FORTALEZA-CE
2016**

MARIA ELIANE DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL: NO ATENDIMENTO AO IDOSO
VITIMA DE ABANDONO NO HOSPITAL FROTINHA DE MESSEJANA-
FORTALEZA-CEARÁ.**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para à obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Mest. Kelly Maria Gomes (Orientadora)
Faculdade Teológica Ratio – RATIO

Prof^a Esp. Roberta Maria Albuquerque Sá
Faculdade Teológica Ratio- RATIO

Esp. Maria Lucy Mary Melo de Paula
Assistente Social

Dedico a DEUS que me deu condições de seguir em frente com as suas bênçãos me confortando nos momentos mais difíceis através das pessoas que amo e me fortalecendo cada dia com os aprendizados que tinha oportunidades de usufruir. A todos os momentos oportunos de falhas e consertos que me fizeram crescer profissionalmente e de maneira pessoal, me tornando cada vez mais uma pessoa melhor.

A minha família em especial, minha Mãe Cileide, Meu esposo José Martins, e a minha filha Lohany que me ensinaram o verdadeiro sentido da vida me proporcionaram momentos inesquecíveis aos quais construíram a minha história de forma honesta. Enfim, pela força e pelo incentivo que fazem qualquer pessoa seguir em frente e alcançar seus objetivos com sucesso.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças e iluminando e guiando sempre os meus caminhos para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida.

Ao meu esposo e amigo José Martins por sua dedicação e compreensão, pelo seu apoio e por me fazer acreditar que chegaria até aqui e por acreditar na minha capacidade. Meu agradecimento pelas horas difíceis que estive ao meu lado não me deixando desistir e me mostrando que só dependia de mim para ir além e chegar onde desejava; sem dúvida foi quem me deu o maior incentivo para conseguir concluir esse trabalho.

A minha filha Lohany Silva pelos seus carinhos e afagos quando me via triste.

A minha mãe Cileide por todo amor e dedicação que sempre teve comigo, pessoa da qual tenho maior orgulho, meu eterno agradecimento pelos momentos em que estive ao meu lado, apoiando-me e me fazendo acreditar que tudo é possível quando temos força, amor e fé em Deus. Aos meus irmãos pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo mesmo à distância.

Aos amigos que fiz durante o curso, pela verdadeira amizade que construímos em particular aqueles que estavam sempre ao meu lado, (Karla Mirelli, Silvana, Juliana, Dora, Edvânia Freitas) por todos os momentos que passamos durante esses quatro anos, meu especial agradecimento. Sem vocês essa trajetória não seria tão prazerosa.

A professora Kelly Gomes que como minha orientadora me deixava perturbada com suas correções me ensinando a nunca achar que algo já está acabado quando dele almejamos a perfeição. Tornou-se uma grande amiga que me acalmava em todas as situações durante todo o desenvolvimento do TCC. E finalmente agradeço pelo ensinamento e dedicação, por ter em você um espelho para o meu desenvolvimento profissional.

Por fim, gostaria de agradecer aos meus amigos e familiares, pelo carinho e pela compreensão nos momentos em que a dedicação aos estudos foi exclusiva, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado meu eterno
AGRADECIMENTO.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABAS – Associação Brasileira de Assistentes Sociais

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

CREAS - Centro Referência Especializado de Assistência Social

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CRESS-RJ - Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro

CRESS-MG - Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

FUNDEB - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica

HDEBO - Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

NUHEPI - Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

OMS - Organização mundial de Saúde

ONGs - Organizações não Governamentais

PUC-RJ - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

PUC-RS - Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do sul

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC - Término de Conclusão de Curso

UECE - Universidade Estadual do Ceará

RESUMO

A população idosa vem crescendo em uma grande proporção mundial, levando em conta que países desenvolvidos já lidam com essa situação há um bom tempo, havendo a necessidade de países em desenvolvimento construírem políticas públicas para melhor se adaptarem a esse novo emergente grupo. O idoso se manteve, em algumas culturas, com papel diferente na sociedade de acordo com sua posição econômica, levando em conta que ainda assim a tendência é ser considerado inviável para a sociedade devido à sua condição biológica, como uma limitação, sendo que a velhice é definida por questões sociais, culturais e também biológicas. A assistência social se coloca em uma posição proposta, diante de sua atuação, garantir o direito de todos e em especial, lutar pelo direito da pessoa idosa. A partir desta perspectiva, esta pesquisa teve como objetivo analisar a atuação profissional do (a) assistente social junto aos pacientes idosos de longa permanência no Frotinha de Messejana. Investigar as ações desenvolvidas pelo (a) assistente social junto aos idosos que são abandonados na unidade hospitalar; Verificar como o (a) assistente social atua na relação família e idoso; Observar as possibilidades e os desafios encontrados pelo (a) profissional na tentativa de resgate dos vínculos familiares dos idosos. Tratou-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, realizada com 3 Assistentes Sociais do Hospital Distrital Edmílson Barros de Oliveira (HDEBO). As técnicas para coletas de dados foram a entrevista semi-estruturada e a observação direta. Com base na pesquisa bibliográfica e de campo, concluímos que a atuação do assistente social é de suma importância dentro do contexto da saúde, uma vez que este é viabilizador de direitos de situações específicas como a dos idosos vítimas de abandono. Em relação a questão do abandono ainda é gritante o número de familiares, constatamos que ainda é algo muito presente na área da saúde, onde os familiares negligenciam o seu dever de cuidar do idoso, sendo o abandono bastante enfático nesses casos. Mas há muitos fatores econômicos, gestores, gerenciais e sistemáticos que acabam se estruturando como uma barreira e dificultando esse trabalho. O próprio abandono ainda não se encontra bem expresso no Estatuto do Idoso, tornando-se, menos efetivo especificamente. Ainda que haja uma gama de ferramentas que possam ser usadas como suporte, se não forem implementadas ações que atuem diretamente nos fatores anteriormente citados, que dificultam uma ação favorável ao idoso, o sistema atuante continuará sendo incapaz de fornecer à pessoa idosa os direitos que o próprio Estatuto põe como vigente.

Palavras-chave: Idoso, Abandono, Assistência Social.

ABSTRACT

The elderly population is growing in a large proportion of the world, taking into account that developed countries already deal with this situation for a long time, there is the need for developing countries to build public policies to better adapt to this new emerging group. The elderly remained, in some cultures, with different role in society according to their economic status, taking into account that still the tendency is to be considered infeasible to society because of their biological condition as a limitation, and old age it is defined by social, cultural as well as biological questions. Social assistance is placed in a position proposal, before its performance, ensure the right of all and in particular, to fight for the rights of the elderly. From this perspective, this study aimed to analyze the professional performance of (a) social worker with the long-stay elderly patients in Frotinha of Messejana. Investigate the actions taken by (a) a social worker with the elderly who are abandoned at the hospital; Check as (a) social worker acts in relation family and elderly; Observe the opportunities and challenges faced by (a) professional in an attempt to rescue the family ties of the elderly. This was a qualitative research, carried out with 3 Social Workers District Hospital Edmílson Barros de Oliveira (HDEBO). The techniques for data collection were semi-structured interviews and direct observation. Based on literature and field research, we conclude that the role of the social worker is of paramount importance in the health context, since this is an enabler of rights of specific situations such as the elderly. Regarding the issue of abandonment is still striking the number of family members, we find that is still very present in health care, where family members neglect their duty of care of the elderly, and the very emphatic abandonment in these cases. But there are many economic factors, management, administrative and systematic that end up being structured as a barrier and hindering the work. Even the abandonment is not yet well expressed in the Elderly, making it less specifically effective. While there is a range of tools that can be used as support, if not implemented actions that directly in anteriormentes factors mentioned, which make a favorable action to the elderly, the active system will continue to be unable to provide the elderly rights that Statute itself sets as current.

Keywords: Elderly Abandonment, Social Assistance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 VELHICE E ENVELHECIMENTO: CONTEXTUALIZANDO A REALIDADE DO IDOSO EM ÂMBITO NACIONAL E MUNDIAL	19
2.1 Concepções de Velhice e Envelhecimento.....	19
2.2 A Velhice no Mundo no Decorrer da História.....	24
2.3 Contextualizando o Idoso no Brasil e no Mundo.....	27
3 A ATUAÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE.....	32
3.1 História do Serviço Social	32
3.2 Serviço Social e Saúde.....	37
3.3 A Atuação da Assistente Social na Saúde.....	39
4. PESQUISA DE CAMPO: DESVENDANDO A REALIDADE.....	44
4.1 O Campo da Pesquisa.....	44
4.2 Os Sujeitos participantes da Pesquisa	46
4.2.1 Limitações do (a) Profissional Assistente Social.....	46
4.2.2 Principais Desafios Enfrentados em uma Instituição de Urgência e Emergência...48	
4.2.3 Instrumentais Utilizados para Viabilizar o Atendimento Social dos Usuários.....	49
4.3 Programas e Projetos	50
4.4 Posicionamentos sobre a Articulação com a Rede de Atendimento voltada para Abandono de Idoso e seus Familiares Considerando os Pontos Positivos e Negativos.50	
5. CONSIDERAÇÃO FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fato que é bastante discutido nos meios intelectuais e acadêmicos. Projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que, entre 1950 e 2025, a população idosa brasileira deverá aumentar 15 vezes, enquanto outras faixas etárias crescerão em cinco vezes. Dessa forma, ao alcançar cerca de 32 milhões de indivíduos com idade igual a 60 ou mais, o Brasil atingirá a marca de sexto país em contingente de idosos (BRASIL, 2010). Com o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de natalidade, houve um crescimento quantitativo e percentual da população de idosos no Brasil. Segundo Silva (2014, p. 16), “Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística destacam que em 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais e representavam 4,7% da população, em 1970, o país tinha 4,7 milhões de pessoas com mais de 60 anos (5,05% da população total); em 1980, já eram 7,2 milhões(6,06%); 1991, a população de idosos cresceu para 10,7 milhões (7,30%). A projeção para o ano de 2020 é de 27,2 milhões de idosos (13,57%)”.

De acordo com o FUNDEB, outra pesquisa do IBGE mostra que entre os períodos de 1999 e 2009, houve um aumento aproximado na expectativa de vida de três anos. Dessa forma, o brasileiro vive cerca de 73,1 anos. As menores taxas de mortalidade englobam as mulheres, registrando 55,8% das pessoas com mais de 60 anos. Durante o período de realização da pesquisa, a expectativa de vida da mulher se elevou de 73,9 anos para 77 anos. O mesmo houve com o homem, que se elevou de 66,3 anos para 69,4 anos.

Sendo assim, o envelhecimento e, conseqüentemente, o crescimento da população idosa, traz consigo demandas para as famílias. Com os patriarcas e matriarcas envelhecendo, e, além disso, vivendo mais do que gerações anteriores, as famílias precisam se adequar a essas novas roupagens, para um melhor convívio com os idosos.

Segundo Lima (2011), esta mudança no perfil demográfico iniciada a partir das décadas de 70 e 80, quando houve um declínio da taxa de natalidade, aponta que no ano de 2025 existirão, no Brasil, aproximadamente 30 milhões de idosos que representarão 15 % da população total.

O processo de envelhecimento representa um marco na história das relações sociais, exigindo novas posturas do poder público e da sociedade como um todo, no sentido de tornar mais humanas as condições de vida daqueles que atingem a terceira idade. “Nessa perspectiva, no ano de 2020, o Brasil poderá situar-se entre as seis

maiores populações de idosos no mundo, com 33 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que importará 14% da população”. (MACHADO, 2014, p. 12)

A última PNAD apontou que pessoas com mais de 60 anos são hoje 12,6% da população, ou 24,85 milhões de indivíduos. Em 2011, tratava-se de uma fatia de 12,1% e, em 2002, 9,3%. A maior parte deles é mulher (13,84 milhões) e vive em áreas urbanas (20,94 milhões). Se a proporção de crescimento for mantida, em 2014 poderemos projetar que a população possa chegar a 13%, razão pela qual os poderes constituídos devem atentar-se a medidas que garantam a esta população o atendimento adequado às suas necessidades (PAIVA).

Carpes (2013) sinaliza que em 2030, “[...] o país terá uma proporção de 13,3% de idosos em relação ao total”. Vale ressaltar que a tendência do envelhecimento da população brasileira se confirma, ainda de acordo com o mesmo autor (2013), através dos dados obtidos pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), onde a projeção da população idosa poderá representar 26,7% da população em 2060.

As pesquisas realizadas afirmam que o Brasil é um país que está em constante variação estatística, e que o aumento da população idosa vem se tornando bastante expressivo.

Durante as minhas vivências no campo de Estágio Supervisionado em Serviço Social 1 e 2, com duração de um ano no período de 2014, no Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira (HDEBO), Frotinha de Messejana, situado na avenida Jornalista Tomaz Coelho, foi possível observar um contingente específico de pessoas idosas que permaneciam por um longo período no hospital, porque seus familiares não vinham buscá-los.

A priori, foi possível observar e perceber de perto esses idosos e o contato com os familiares, um longo e árduo caminho a percorrer, que se inclui desde a investigação com a atuação do (a) assistente social até um contato mais específico em determinadas situações especiais em que se encontram esses idosos com relação aos seus familiares. Saliento que esta experiência permitiu-me ainda uma reflexão mais ampla sobre as situações de abandono, pobreza como também a solidão em que se encontram esses idosos. Sabendo que o envelhecimento apesar de ser um processo natural da vida humana, na maioria das vezes, em meio aos percalços e suas necessidades, há a ausência de um acompanhamento sistemático do poder público, desse processo de envelhecimento, afetando a sua qualidade de vida.

Portanto, os profissionais de Serviço Social, enquanto partícipes dos processos de trabalho em saúde, necessitam estar muito atentos para a necessidade permanente de vincular esses processos à sua ação profissional cotidiana, em particular, às questões micro e macro societárias, no sentido de compreender as limitações do fazer profissional em função das políticas públicas implementadas, resultantes da opção política adotada pelos governantes, mas sem perder de vista, entretanto, a capacidade de questionar, refletir e socializar o que está posto, apontando sempre na perspectiva de garantir e ampliar direitos.

No que tange à contribuição acadêmica dessa pesquisa, é que se busca localizar e focalizar o entendimento dos fatores inerentes às novas configurações familiares, a levarem seus idosos ao abandono. Há, pois, um interesse de entender de forma intensa e extensa a ocorrência deste processo como tal. É um esclarecimento quanto à abordagem, importância e atuação do (a) assistente social; pois de acordo com Guerra (2012) Conferência sobre a Aula Magna: Trabalho e Instrumentalidade do Serviço Social, promovida pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), conhecer é desvelar, elucidar a realidade não apenas na imediatividade, mas também na mediação ideológica do ser social e da gestão das políticas sociais, inerentes e advindas do seu conhecimento das expressões da dada Questão Social.

Essa temática é de grande relevância, haja vista que requer maior atenção, pois o Serviço Social trabalha com as expressões da Questão Social, visto que, uma das suas principais atribuições está na atuação da defesa dos direitos das pessoas.

Tendo em vista que o processo de envelhecimento torna os idosos ainda mais dependentes da família, principalmente em termos econômicos em razão do descompasso entre suas necessidades e renda, há uma tendência do idoso ficar excluído e esquecido até mesmo de cuidado e afeto, colocando-os na maioria das vezes numa situação de abandono no que tange à redução de capacidade funcional.

Sendo assim, percebe-se frente ao exposto, ser de grande relevância um estudo mais diversificado e analítico sobre o que foi apresentado; salienta-se que é de suma im

¹Segundo Iamamoto (1999, p. 27) a Questão Social pode ser definida como: “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

portância para a sociedade e para o Estado. Vale ressaltar que toda essa problemática afeta não só o Estado do Ceará, pois ela é enfatizada em várias questões nacionais e internacionais. Julga-se necessário uma pesquisa mais aprofundada e direcionada neste âmbito da demanda populacional idosa, com ênfase à melhoria de serviços voltados a esta.

Todavia, como acadêmica e futura profissional de Serviço Social, é de suma importância o embasamento, conhecimento e aprimoramento do estudo acerca dos motivos que acabaram por levar os idosos a serem abandonados nas instituições hospitalares, identificando os sentimentos, sentidos e perspectivas desses idosos no que tange à relação com a família, Serviço Social e Instituição.

Ainda como se dá a atuação profissional do (a) assistente social junto aos pacientes idosos de longa permanência no Frotinha de Messejana?

Os objetivos geral e específicos da presente pesquisa foram: Analisar a atuação profissional do (a) assistente social junto aos pacientes idosos de longa permanência no Frotinha de Messejana; Investigar as ações desenvolvidas pelo (a) assistente social junto aos idosos que são abandonados na unidade hospitalar; Verificar como o (a) assistente social atua na relação família e idoso; Observar as possibilidades e os desafios encontrados pelo (a) profissional na tentativa de resgate dos vínculos familiares dos idosos.

Sobre a metodologia, partimos do pressuposto de que ela perpassa por um caminho onde o pesquisador define e chega ao seu objeto de estudo; é o caminho que se percorre para unir um ponto de partida com o ponto de chegada e sua forma de lidar com qual caminho deseja chegar. Assim, a “[...] metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador” (MINAYO, 1994, p. 16).

Para Demo (2000, p. 20), “pesquisa é entendida tanto como procedimento de fabricação do conhecimento, quanto como procedimento de aprendizagem (princípio científico e educativo), sendo parte integrante de todo processo reconstrutivo de conhecimento”. Nesse sentido, a nossa pesquisa foi de caráter qualitativo que, conforme descreve Minayo (2007, p. 57), o método qualitativo pode ser definido como:

[...] é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam.

Mesmo sendo utilizadas em estudos de grandes dimensões, (MINAYO, 2010, p. 57), “As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos”.

Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, quer publicados, quer gravados.

Entende-se por pesquisa bibliográfica a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico. Esta revisão é o que chamamos de levantamento bibliográfico ou revisão bibliográfica, a qual pode ser realizada em livros, periódicos, artigos de jornais, sites da Internet, entre outras fontes. Conforme esclarece Boccato (2006, p. 266):

A pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esse tipo de trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica. Para tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planejamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação.

Foi utilizada a pesquisa de tipos bibliográfica e de campo, constituindo-se em duas fases, não distintas, mas completando uma à outra. Desse modo, esta pesquisa contempla como categorias principais velhice, família e Serviço Social na perspectiva do idoso. As fontes bibliográficas utilizadas foram: Mascaro (2004); Beauvoir (1990); Neri (1995); Debert (1999); Miotto (2004); Netto (2006), entre outros. A pesquisa nos proporcionou uma aproximação entre a teoria e a prática permitindo, assim, uma visão mais abrangente da realidade social.

Nesse processo é importante salientarmos que a revisão da literatura é uma maneira de situarmos o problema, comparando-o a outros trabalhos já construídos,

abordando as afinidade e divergências e possíveis lacunas que não foram solucionadas por outros pesquisadores propondo preenchê-las.

O estudo também se valeu de uma pesquisa de campo. De acordo com Ruiz (2002), a pesquisa de campo baseia-se na observação dos fatos, bem como na coleta de dados e registro de variáveis de importância notória para possíveis análises posteriores. Para complementar esta ideia, Gonçalves (2001, p. 67) destaca que:

A pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. Ela exige do pesquisador um encontro mais direto. Nesse caso, o pesquisador precisa ir ao espaço onde o fenômeno ocorre, ou ocorreu e reunir um conjunto de informações a serem documentadas [...].

Nesse sentido, a nossa pesquisa de campo foi realizada no Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira, localizado na Rua: Jornalista Tomaz Coelho 1578, sendo este um hospital secundário, que presta atendimento de média complexidade, e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), por 24 horas. O público atendido é composto por adolescentes, adultos e idosos em situação de urgência e emergência, nas especialidades clínica, cirúrgica, e traumatológica, que chegam ao hospital por demanda espontânea ou referenciada pela central de leitos.

A definição dos sujeitos da pesquisa foi realizada mediante critérios determinados pela pesquisadora e que foram os seguintes: os (as) assistentes sociais que aceitaram participar do estudo, capacidade física e cognitiva para responder às entrevistas relativas à pesquisa, como também o tempo de permanência na instituição. Inicialmente, os (as) assistentes sociais foram convidados (as) através da visita da pesquisadora, ao setor do Serviço Social, da referida unidade hospitalar, onde foi apresentado o objetivo geral da pesquisa, bem como os benefícios que este estudo pode trazer para a instituição, com relevância a essa população idosa que se encontra em situação de abandono e, por conseguinte, em estado de longa permanência nesta unidade hospitalar perdurando – os por meses, mesmo após alta hospitalar.

Para a coleta dos dados utilizei como técnica, inicialmente, a entrevista semi-estruturada que, “[...] é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo

campo interrogativo fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebe as respostas do entrevistado. [...]” (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p. 50).

Para Queiroz (1988), a entrevista semiestruturada é uma técnica de coleta de dados que mantém um contínuo diálogo entre o pesquisador e o entrevistado, tendo como ponto de direção os objetivos da pesquisa. Por esse motivo a autora considera a diferenciação entre pesquisador e entrevistado, já que estes estão em posições diferentes causadas por interesses divergentes. Segundo Barros & Lehfeld (2000, p. 58):

A entrevista semiestruturada estabelece uma conversa amigável com o entrevistado, busca levantar dados, que possam ser utilizados em análise qualitativa, selecionando-se os aspectos mais relevantes de um problema de pesquisa.

A entrevista semiestruturada possui um roteiro com perguntas previamente formuladas, e a escolha por este instrumento se deu pela sua inerência passível de contextualização a tal realidade social, tendo em vista uma maleabilidade para com o entrevistado durante a entrevista. Segundo Lakatos & Marconi (2007, p. 197), a entrevista “trata-se de uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica; proporciona ao entrevistador, verbalmente, a informação necessária”.

Tjora (2006) considera interativa a relação entre a entrevista e a observação, levando em consideração o fato de que a entrevista acaba por conduzir o pesquisador à observação. E a observação, por outro lado, pode propiciar aprofundamento necessário para a efetivação da entrevista.

Portanto, outra técnica utilizada foi a observação; onde observar é um processo e os componentes necessários para sua realização são: o objeto observado, o sujeito, as condições, os meios e o sistema de conhecimento. Esses elementos dão origem ao objetivo da observação (BARTON; ASCIONE, 1984). Confirmam Barros & Lehfeld (2000, p. 53), quando apresentam:

A observação como uma das técnicas de coletas de dados imprescindível em toda pesquisa científica. Observar significa aplicar atentamente o sentido a um objeto para ele adquirir um conhecimento claro e preciso. Da observação

do cotidiano formulam-se problema que merecem estudo. A observação constitui-se, portanto, a base das investigações científicas.

Dessa forma, para Zanelli (2002) a observação insere o pesquisador no ambiente, possibilitando-o compreender a complexidade que forma os ambientes psicossociais, e ainda permitindo-lhe um diálogo mais competente acerca daquilo que se está tentando compreender no estudo.

A partir das respostas dos entrevistados, foram analisadas criteriosamente as falas, visto que a análise de dados é um dos momentos mais importantes, por isso, é necessária uma apurada sistematização dos indicadores para se identificarem e classificarem as categorias mais significativas. Bardin (2011, p. 48) refere que a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo de Bardin (2011) permite explicitar e sistematizar o conteúdo das mensagens. O objetivo desta abordagem é efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens do estudo, respeitando as questões políticas, psicológicas e sociológicas das expressões dos (as) assistentes sociais.

Os aspectos legais e éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram respeitados. Preservou – se os nomes dos participantes, no entanto, alguns riscos não puderam ser evitados. O constrangimento foi um fato observado, já que os (as) assistentes sociais estavam respondendo a perguntas inerentes à experiência profissional e particular, podendo isto ser visto como invasão de privacidade, assim como receio em fornecer determinadas respostas devido a questionamentos morais e até mesmo à própria timidez, assim como o gasto de tempo com a pesquisa.

Sobre a atuação do (a) assistente social, os principais autores que embasaram essa pesquisa foram: Yamamoto, (1999, 2000), Martinelli (2000), Minayo (2006), e Debert (1999).

Este trabalho de conclusão de curso está dividido em três capítulos: o primeiro aborda a questão da saúde, de uma forma geral. O segundo capítulo fala sobre a concepção de velhice e envelhecimento, nesta primeira seção aborda-se definições de alguns autores do que seriam velhice e envelhecimento; fala ainda sobre as diferentes fases da velhice; Concepção de velhice no mundo e nos diversos contextos históricos; No terceiro capítulo descreve - se o trabalho do (a) assistente social no contexto saúde, ressaltando, ainda um retrospecto das políticas públicas na saúde; a violação dos direitos dos idosos, o abandono e a negligência. A presente pesquisa foi realizada no Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira (HDEBO) Frotinha de Messejana, tendo ainda, como objetivo contribuir com a construção de novos conhecimentos, fortalecer os saberes já existentes entre os participantes proporcionar a superação das fragilidades que por ventura foram identificadas na pesquisa. Vale considerar, que o presente trabalho busca também valorizar os pontos fortes das situações levantadas, bem como oferecer oportunidade de melhoria dos pontos fracos, proporcionando oportunidade de reflexão e estudo sobre o tema.

2 VELHICE E ENVELHECIMENTO: CONTEXTUALIZANDO A REALIDADE DO IDOSO EM ÂMBITO NACIONAL E MUNDIAL

Para análise sobre este discurso, o nosso estudo partirá de três categorias distintas e relativas, sendo elas: Concepção de velhice e envelhecimento; Concepção de velhice no mundo e nos diversos contextos históricos e Contextualização do Idoso no Brasil e no mundo.

2.1 Concepções de Velhice e Envelhecimento

O envelhecimento populacional brasileiro é uma realidade em escala crescente e precisa ser estudado. Debert já lançou o convite aos profissionais que convivem mais de perto com velhice para futuras pesquisas conjuntas: "[...] considero importante renovar nosso diálogo com os gerontólogos e geriatras, propondo talvez velhas questões, por exemplo: como conciliar a reinvenção da velhice bem-sucedida com a facticidade do declínio biológico e do espectro terrificante do prelúdio da morte social?" (1999, p. 253).

Para Silva (2009, p. 12) "Envelhecer é um processo vital inerente a todos os seres humanos. A velhice é uma etapa da vida, parte integrante de um ciclo natural, constituindo-se como uma experiência única e diferenciada".

Messy (1999, p. 23) dialoga sobre velhice e envelhecimento e os coloca como processos distintos:

Se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o da idade avançada, entenda-se, em direção a morte. No discurso atual, a palavra envelhecimento é quase sempre usada num sentido restritivo e em lugar da velhice. A sinonímia dessas palavras denuncia a denegação de um processo irreversível que diz respeito a todos nós, do recém-nascido ao ancião.

Também para Costa (1998, p. 26), esses processos se distinguem: "Envelhecimento: processo evolutivo, um ato contínuo, isto é, sem interrupção, que acontece a partir do nascimento do indivíduo até o momento de sua morte [...]. Velhice: é o estado de ser velho, o produto do envelhecimento, o resultado do processo de envelhecer".

Para qualquer indivíduo dessa sociedade, seu envelhecimento é singular. Sua condição de vida, os valores da sociedade, as expectativas dos indivíduos, as soluções possíveis, são fatores que mudam de acordo com o passar do tempo, sem esquecer que as variações são bem enfáticas de acordo com a reação de cada um, levando em conta ainda as os diversos possíveis finais com dependência nos determinantes do envelhecimento. (SILVA, 2009).

“O envelhecimento humano, cada vez mais, é entendido como um processo influenciado por diversos fatores, como gênero, classe social, cultura, padrões de saúde individuais e coletivos da sociedade, entre outros” (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p. 589).

As alterações biológicas e socioambientais acontecem naturalmente no envelhecimento. Esse processo ocorre de forma lenta e gradativa. Essas alterações ocorrem de forma variada para cada indivíduo (RIGO; TEIXEIRA, 2005).

Conforme Steglich (1992) o envelhecimento está associado a fatores diversos ligados entre si. Os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e de ajustamento a novas situações de vida são considerados os mais importantes. Como refere Santos:

O processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais; porém, como já referido, é na velhice que este processo aparece de forma mais evidente. As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas, que estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista (SANTOS, 2010, p. 1036).

É válido ressaltar que fatores, históricos, políticos, econômicos, geográficos e culturais, também são capazes de formar juízos distintos acerca do processo de velhice e do ser idoso (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

O envelhecimento é compreendido como um processo natural, onde o indivíduo passa a perder suas habilidades funcionais e orgânicas. Freitas et al. (2002), evidencia que o desenvolvimento contínuo do envelhecimento e sua enfática manifestação através

de fatores característicos associam-se a perdas dos papéis sociais, psicológicas, motores e afetivos, bem como a solidão.

Dessa forma, uma vez envelhecidos, torna-se irreversível e inevitável este processo crescente de âmbito mundial inerentes às novas formas de configurações familiares.

A forma pela qual o envelhecimento se desenvolve não está relacionada somente com o genético do indivíduo. A maneira como a pessoa conduz sua vida também tem peso neste processo. Teorias dizem que o desenvolvimento do envelhecimento está associado à capacidade de manter a vitalidade adquirida ao nascer durante toda a vida. (HEIKKINEN, 1998). Conforme descreve o autor:

À medida que a pessoa envelhece, sua qualidade de vida se vê determinada, em grande parte, por sua capacidade para manter a autonomia e a independência. A maioria dos idosos teme a velhice pela possibilidade de tornarem-se dependentes pela doença ou por não poderem exercer suas atividades cotidianas. Tal evento fortalece a abordagem de manutenção de vida saudável, que significa comprimir morbidade, prevenindo-se as incapacidades (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010, p. 410).

É importante informar que, segundo Oliveira (2009, p.13), “A boa qualidade de vida na velhice não é um atributo do indivíduo, biológico ou psicológico, nem uma responsabilidade individual, mas, sim, um produto da interação entre pessoas vivendo numa sociedade em transformação”.

Sobre o tema, Silva (2009, p. 33) enfatiza que “[...] o fator cultural, a carência de recursos e a falta de acesso às informações e cuidados podem ser fatores determinantes para acentuar as doenças associadas ao envelhecimento”.

Tendo em vista que o processo de envelhecimento acaba tornando os idosos ainda mais dependentes da família, principalmente porque a renda não acompanha as necessidades destes. Ainda podem sentir - se excluídos e esquecidos do mínimo de cuidado e afeto, o que os colocando na maioria das vezes, numa situação de abandono. Segundo Sousa (2008), o processo de envelhecimento representa um marco na história das relações sociais, exigindo novas posturas do poder público e da sociedade como um todo, no sentido de tornar mais humanas as condições de vida daqueles que atingem a velhice. Afonso (2013) informa que, de acordo com dados divulgados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), os idosos representar-se-ão quase 27% da população em 2060, correspondendo a 3,6 vezes maiores do que o atual.

Sendo assim, vale ressaltar que esta transição demográfica expõe de maneira clara e evidente, a caracterização numérica do aumento gradativo do envelhecimento em detrimento da diminuição da população jovem.

O envelhecimento e seus problemas associados não são assuntos novos, principalmente no caso de países desenvolvidos. Estes já lidam com essas questões há muito tempo. O envelhecimento e seus fatores relacionados trazem grandes custos para o Estado, o que exige políticas sérias e consistentes para conseguir lidar com eles. É necessário que em países de terceiro mundo, como o Brasil e o México, já comecem a trabalhar em políticas estruturais para conseguir lidar com o envelhecer e com suas consequências sociais, econômicas e de saúde (GUIDIS et al, 2005).

De acordo com Gradim (2007), não há um período de idade que defina a velhice. Ela vai depender da qualidade de vida e da forma como cada indivíduo se dispõe sobre ela. O indivíduo não se torna assexuado, triste ou enfraquecido, obrigatoriamente, por sua velhice, ainda que esses caracteres sejam fatores fortemente associados à velhice em nossa sociedade, seja por cultura, mitos ou entendimento e atitude social.

O declínio do corpo e da mente estão associados à velhice, e isso acaba por desestimular o idoso a procurar práticas que reduzam o impacto do envelhecimento e melhore sua saúde. (ASSIS, 2002). Com o passar do tempo e com o aumento da idade, o indivíduo acaba se tornando menos ativo e tem sua capacidade funcional diminuída, e esses fatores acabam afetando na independência do idoso (VALE, 2004).

Este aumento da velhice torna-se um caso bastante preocupante e desafiador para a sociedade contemporânea, requerendo estudos mais aprofundados e ações sociais mais estratégicas.

O crescimento populacional brasileiro de pessoas acima de 60 anos está em alta. Mas, segundo Camarano, Kanso e Mello (2004), os avanços da Medicina e da tecnologia vêm auxiliando e contribuindo com o envelhecimento mais saudável do idoso. Segundo a OMS:

A mudança tecnológica também está acompanhando o envelhecimento da população e cria oportunidades nunca antes disponíveis. Por exemplo, a Internet pode permitir conexão contínua para a família, apesar da distância, ou acesso a informações que podem orientar o autocuidado de uma pessoa mais velha ou prestar apoio aos cuidadores. Os recursos de apoio, como aparelhos de audição, são mais funcionais e acessíveis do que no passado, e os dispositivos portáteis fornecem novas oportunidades para o monitoramento e cuidados de saúde personalizados (OMS, 2015, p.11).

Para Brasil (2007, p.08) “O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. [...] estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento”.

Afirmam Neri & Freire (2000, p. 12) que “Atualmente, percebe-se uma proliferação dos termos utilizados para se referir às pessoas que já viveram mais tempo ou à fase da vida anteriormente chamada apenas de velhice. Entre os termos mais comuns estão: terceira idade, melhor idade, adulto maduro, idoso, velho, meia-idade, maturidade, idade maior e idade madura”.

À vista disso, ainda é comum que muitos resistam ao serem chamados de velhos. Segundo Ferreira (2000), o termo “velho” remete a ideia de muito idoso, antigo, gasto pelo tempo, experimentado, veterano, que há muito tempo exerce uma profissão ou tem certa qualidade, desusado, obsoleto. Estes termos de definição carregam sentidos negativos colocando-o em um nível notório de inutilidade. Dessa forma:

A palavra terceira idade, atualmente tão usada, teve sua origem na França, na década de 1960, e era utilizada para descrever a idade em que a pessoa se aposentava. A primeira idade seria a infância, que traduziria uma ideia de improdutividade, mas com possibilidade de crescimento. Já a segunda idade seria a vida adulta, etapa produtiva. Na época em que a expressão terceira idade foi criada, procurou-se garantir a atividade das pessoas depois da aposentadoria, que ocorria na França por volta dos 45 anos. Com o avanço contínuo da esperança de vida, a expressão “terceira idade” passou a designar a faixa etária intermediária, entre a vida adulta e a velhice (NERI & FREIRE, 2000, p. 06).

Para San Martín e Pastor (1990), “velhice” não se encontra em consenso, já que a cronologia não é absoluta e não representa sempre as etapas do processo de envelhecimento natural. A cronologia não a define, mas fatores físicos, funcionais, mentais e de saúde, sim.

2.2 A Velhice no Mundo no Decorrer da História

Uchôa et al. (2002, p. 26) sustentam que “[...] o envelhecimento é vivido de modo diferente de um indivíduo para o outro, de uma geração para outra e de uma sociedade para outra. [...]”.

De acordo com Rezende (2008), a velhice, em algumas sociedades primitivas, era relativa e imprecisa já que suas realidades eram divergentes entre esses povos, seja por questões históricas ou de acordo com as condições sociais as quais elas se encontravam. Ainda assim, o idoso era respeitado por sua sabedoria em algumas culturas, ainda que em outras sua situação fosse miserável. Mas um fator é claro: a coletividade quem sempre decidiu sobre o idoso de acordo com os seus interesses sociais e de grupo.

De acordo com Mascaro (2004, p. 28-29):

[...] Na alta idade média (séculos v ao x), período de crescente desenvolvimento do feudalismo, a vida era muito árdua principalmente para os idosos que não pertenciam à camada privilegiada dos senhores feudais. A tarefa dura dos trabalhos no campo afastava os velhos das atividades e a grande maioria dos homens idosos estava excluída da vida pública. A estruturação do sistema feudal realizou-se em meio a guerras e disputas de poder. Assim, os guerreiros eram homens jovens ou adultos em pleno vigor, que tinham força para lutar e defender seus feudos.

Em outras culturas e civilizações antigas, havia idolatria e respeito para com a pessoa idosa. Beauvoir (1990, p. 112) aponta como os idosos chineses são respeitados: “Toda a casa devia obediência ao homem mais idoso. Não havia contestação prática de suas prerrogativas morais, pois a cultura intensiva que se pratica na China exige mais experiência do que força”.

No Brasil, a velhice no passado já foi considerada um *status* social. O número de idosos era menor devido às condições que desfavoreciam a longevidade, eram mais valorizados pelos mais jovens, significavam símbolos de respeito, experiência de vida.

Enfatizando a ideia anterior, Goldfarb (1997, p. 53) comenta que a velhice já foi símbolo de *status* social:

Nas sociedades tradicionais a figura do velho representava a sabedoria, a paciência, e transmitia os valores da ancestralidade: era ele quem detinha a memória coletiva; quem, através da evocação e da transmissão oral, construía uma narrativa com a qual se incorporava (fazia-se corpo) cada indivíduo na história do grupo [...].

“Numa sociedade autoritária e absolutista como a francesa do século XVII, a vida dos idosos era muito difícil. A média de vida era baixa, e aos 50 anos o homem não

encontrava mais lugar na sociedade. Mas o idoso rico continuava a ser respeitado em função de suas posses e não de sua longevidade. [...]” (MASCARO, 2004, p. 31).

Ainda segunda a mesma autora (2004, p. 31),

Na Europa do século XVIII a população aumentou em decorrência de medidas de saúde e higiene, mas a vida dos idosos continuava árdua, exigindo deles grande resistência física para vencer as inúmeras enfermidades. A fase da velhice ainda começava cedo e era comum os idosos se retirarem da vida social, se não fossem os chefes de família, monarcas ou sacerdotes.

Conforme Debert (1999), a velhice foi tratada a partir da segunda metade do século XIX como uma etapa da vida caracterizada pela decadência e pela ausência de papéis sociais.

Com a Revolução Industrial na Inglaterra, no século XIX, a sociedade ficou dividida entre aqueles capazes de produzir e os que consumiam, sendo ativos ou inativos, possibilitando, dessa forma, uma desigualdade na visão econômica. Por causa dessa distinção, os idosos passaram a ser abandonados, negligenciados e até assassinados clandestinamente dificultando a vida deles nesse momento da história da sociedade inglesa (REZENDE, 2008).

O surgimento do capitalismo e a valorização da produção de bens acabaram por colocar em xeque o *status* do idoso, já que o valor é medido mais pelo que se produz, e não tanto por aquilo que é. Sendo assim, o indivíduo que perde essa capacidade é rejeitado pela sociedade. Portanto, se o indivíduo não mais produz, não mais tem direito de se manter na esfera de poder, sendo considerado morto por ser “inativamente econômico” na sociedade. (FRAIMAN, 1995).

A velhice começou a ter maior visibilidade nas primeiras décadas do século XX, mesmo que ainda carregasse consigo aspectos vistos pela sociedade como negativos. Com a valorização da força física e capacidade de produção, eles perderam suas funções e importância para a sociedade (REZENDE, 2008).

“Se no início do século XX a velhice era exposta na mídia de forma inadequada, ao longo do século, ela foi tornando-se invisível, embora instituições geriátricas tenham se multiplicado. Para que a sociedade tivesse atenção com seus membros idosos, eles eram expostos como pessoas que precisavam de ajuda, largados a própria sorte” (ESCOBAR, p. 03).

Na Europa a realidade do envelhecimento populacional é anterior a nossa. Haja visto que na década de 80, o Brasil era um "país jovem" e no limiar do século XXI é um país que está envelhecendo. Na França, as políticas de integração da velhice foram VELHO/IDOSO: CONSTRUINDO O SUJEITO DA TERCEIRA IDADE introduzidas a partir de 1962, estas passam a associar a velhice à arte de bem-viver. O aposentado lá recebeu a etiqueta da terceira idade — termo que vemos fortemente presente nos discursos e representações da velhice no Brasil a partir da década de 80, de uma forma crescente. Este conceito de terceira idade, faixa etária entre 60 e 80 anos de idade, aproximadamente, traz consigo o signo do dinamismo dos "jovens idosos". Enquanto isso, os "idosos velhos", a partir dos 80 anos, já estariam compondo uma quarta idade, esta etapa sim estaria associada à imagem tradicional da decadência ou incapacidade física, segundo Clarice Peixoto, para os padrões franceses (MARQUES, p. 66-67).

Segundo Neri (1995), grandes eventos históricos de impacto sociocultural foram os responsáveis pelo desenvolvimento que culminou no fornecimento de grande quantidade de informações acerca do envelhecimento resultante da psicologia, ciências sociais e gerontologia.

Neri (1995) ressalta ainda que até meados dos anos de 1980 predominaram trabalhos referenciados ao modelo médico e ao discurso tradicional da Gerontologia e da Psicologia do Desenvolvimento, segundo os quais a velhice se direcionava ao sinônimo de doença, perdas, afastamento e disfuncionalidade.

Observando por uma ótica biológica, a velhice se traduz como desgaste orgânico decorrente de transformações com o progredir do tempo, mantendo-se os processos degenerativos (CALDAS, 2002). Porém, tentar definir velhice usando apenas a visão biológica é cair num erro de demarcação meramente cronológica, tratando a população idosa de forma homogênea, não levando em consideração aspectos importantes do contexto sociocultural em que os idosos estão inseridos.

A velhice, que era vista como campo pertencente às diversas esferas, passou a ser de ordem pública/social. Questões econômicas e políticas são estabelecidas por esse fator, não somente para o idoso e seus familiares, mas para a sociedade em si. Então, o número de idosos aumentado se relaciona com Questão Social como aposentadoria, assistência médica, bens de consumo e atendimentos específicos a esse público (GROISMAN, 1999).

Porém, com o passar do tempo isso foi se modificando. Santana e Sena (2003, p. 45) mencionam esta modificação:

Com o crescente envelhecimento da população, começa a se formar, gradativamente, uma nova imagem sobre o envelhecer, atribuindo ao mesmo, novos significados e valores que se contrapõem àqueles criados e reproduzidos socialmente durante muito tempo.

Nesse contexto, pode-se afirmar que, atualmente, o envelhecimento humano, como explicam Camarano e Ghaouri (2002), Berzins (2003) e Felix (2007), é um fenômeno de proporções mundiais e é considerado como uma conquista imensa da humanidade. Pode-se dizer que esse fato se consolida devido às inovações tecnológicas que possibilitaram o aumento da expectativa de vida. Além deste, a diminuição da natalidade devido às novas configurações sociais também influem nesse caso.

2.3 O Idoso no Brasil

Sobre a velhice, precisamos destacar que esta vem crescendo consideravelmente e se configurando como um desafio mundial. [...] (LIMA, 2009, p. 19). O envelhecimento é uma das maiores conquistas do homem, principalmente quando se fala de qualidade de vida desse grupo.

Efetuada essa contextualização, o primeiro ponto posto citado é de viabilizar um estado de direitos sociais em uma economia dominada pelo capitalismo, que enxerga muito o mercado, a competição e o lucro. Isso se torna mais agudo quando a população idosa é considerada improdutiva e que não é capaz de aquecer a economia. Assim, os idosos não teriam participação econômica no mercado, pois na sociedade, sua imagem é construída como inativa, fora da População Economicamente Ativa (PEA). (FALEIROS, 2008)

Enfatizando a ideia anterior, a OMS (2002, p. 08) informa que:

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No entanto, as pessoas da 3ª idade são, geralmente, ignoradas como recurso quando, na verdade, constituem recurso importante para a estrutura das nossas sociedades.

“Emerge a pergunta de se os idosos têm direitos e quais. As recentes reformas da previdência propuseram desvincular as aposentadorias dos reajustes salariais [...] e

alguns economistas propõem reduzir as transferências de rendas aos idosos em favor de crianças e adolescentes [...]” (TAFNER, 2006, p. 469).

Diante disso, é válido informar que Projeções das Nações Unidas calculam que, em proporção, para cada nove pessoas no mundo, uma tem 60 anos ou mais, com um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050. Neste período, haverá, pela primeira vez, mais idosos do que crianças menores de 15 anos. Em 2012, haviam 810 milhões de pessoas idosas com 60 anos ou mais, representando 11,5% mundial. Em menos de 10 anos, esse alcançará 1 bilhão, e em 2015 duplicará, alcançando 2 bilhões, representando 22% da população mundial (BRASIL).

Complementando a informação anterior, a OMS (2002, p.08) informa que:

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.

Neste sentido, Farielo e Vieira (2007, p. 03) citam que o “[...] chefe do programa de envelhecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), o brasileiro Alexandre Kalache, alerta que está em curso uma enorme mudança de paradigmas, provocada pelo aumento da longevidade [...]”.

A visibilidade do idoso, no Brasil, e sua construção social tiveram marco inicial no ano de 1890 com a fundação do Asilo São Luiz para Velhice Desamparada, e em 1909 quando um pavilhão para idosos não desamparados, na instituição de apoio citada (REZENDE, 2008).

A trajetória da velhice no Brasil, fato que enaltece a velhice, mas em seguida coloca o idoso como figura histórica representativa que vivenciou os atos dos poderes constituídos. Esses governantes se renderam à política e ao sistema que desconhecia direitos e geravam uma grande concentração de renda, sem esquecer-se de mencionar que a velhice foi desvinculada de recursos que custeassem suas despesas e necessidades (SILVA, 2003).

Se a velhice passar a ser encarada como fase natural da vida e não como uma fase improdutiva, haverá uma mudança significativa em relação ao papel e importância dos idosos na sociedade brasileira. Contudo, há muitos caminhos a serem percorridos,

sobretudo porque o idoso ainda é forte alvo de preconceitos numa sociedade marcada pelo consumo.

Nesse sentido, assinala Magalhães (1989, p.18) que:

A sociedade contemporânea oferece pouca oportunidade ao idoso para exercitar e ativar a lembrança, instrumento e conteúdo fundamental de seu diálogo com as demais gerações. Indispensável também à formulação de seu pensamento. O que foi produzido no passado não tem interesse hoje e possivelmente será destruído amanhã. O ciclo permanente de produção e de consumo exige incessantemente a destruição e o desaparecimento do que foi produzido no passado e a criação permanente de novas formas de produção e consumo.

“No Brasil até 1930 não existia a intervenção do Estado nas questões relativas ao envelhecimento, ao idoso. Embora o Estado tenha, a partir de 1930, desenvolvido um papel cada vez mais intervencionista, não ocorreram investimentos nas obras públicas para idosos [...]” (ESCOBAR, p. 03).

Apesar de a Constituição Brasileira de 1934 ter sido a primeira a tratar da velhice, esta não significou avanços e nem garantia de direitos aos idosos.

No ano de 1979 a Portaria 82/74 foi revogada pela Portaria 25, de 09 de Novembro de 1979, quando, então, os idosos não segurados da previdência passam também a contar com a assistência social. Três anos após, quando as defasagens nos proventos dos aposentados e pensionistas tomavam proporções insustentáveis e a situação da pobreza impedia que se fechassem os olhos para a velhice não subsidiada pelo Estado, foi que a Portaria MPAS 2.864 veio somar-se à anterior, ampliando os objetivos da assistência aos idosos, os quais, na verdade, nunca foram atingidos (ESCOBAR, p. 05-06).

No final de 1980, são inseridos na Constituição Federal de 1988 os artigos 229 e 230 que garantem o direito ao idoso perante a Constituição. No artigo 229, constaque cabe aos filhos “o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”; já no artigo 230, “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 2005).

Os direitos da pessoa idosa e sua inclusão na esfera constitucional não estão, pois, limitados a um corte de idade, embora, como assinala Godinho (2007, p.7), “tratar do reconhecimento dos direitos dos idosos significa, antes de tudo, considerar que o

ordenamento jurídico se vale do critério etário para outorgar ou limitar de direitos, ou seja, a idade serve como parâmetro para a aquisição, modificação, ou extinção de direitos”.

Além disso, essas políticas se configuram diferentemente em cada país, conforme seu processo histórico social, econômico e político e sua integração regional, como, por exemplo, acontece na Europa (FALEIROS, 2008).

Para Sousa (2004), algumas Constituições como a cubana, por exemplo, colocam os idosos como responsabilidade do Estado, mas não propõe formas de recurso ou de amparo para garantir o disposto citado.

No Brasil e em partes da Europa, as Constituições “[...] têm como referência a dignidade da pessoa humana, abrangendo todas as pessoas, sem a especificação do abandono” (SOUSA, 2004, p. 29).

Mesmo com toda essa luta por direitos, os idosos até a Constituição ainda não conquistaram pleno direito para com a nossa sociedade. Mas a cada nova lei promulgada, uma nova vitória é notória para com a garantia de direitos, dignidade e respeito com o ser idoso.

Por fim, é válido citar mais uma conquista para idoso foi o Estatuto do Idoso que diz respeito à:

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, dispõe sobre papel da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público de 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).

É válido reforçar que o art. 4º da Lei nº 10.741, protege o idoso contra “qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão”, e enfatiza penalização para “todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão” (BRASIL, 2003). Sendo assim, abandono poderia ser levado em consideração observando este artigo, proporcionando ainda mais proteção contra atos negligentes para com a pessoa idosa.

Vale ressaltar que esta proteção torna-se uma garantia, que na maioria das vezes não são efetivas por falhas nas redes e das políticas públicas inerentes ao idoso.

3 A ATUAÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Para análise sobre este discurso, o estudo irá descrever dentro de suas subcategorias: História do Serviço Social; Relação entre o Serviço Social e a Saúde; Atuação dos (as) Assistentes Sociais frente a Saúde.

3.1 História do Serviço Social

O Serviço Social americano, delimitado como *Social Work* foi estruturado por organizações religiosas, especialmente pela Igreja Católica Romana. Nesse período, era fundamentada pelo poder divino (FREIRE; CÂNDIDO, 2013), uma vez que:

[...] o trabalho social consistia no reforço da moralidade e da submissão das classes dominadas. Era, portanto, o controle social da família operária para adequar e ajustar seu comportamento às exigências da ordem social estabelecida (FALEIROS, 2001, p. 88).

Afirmam Gayotto e Gil (2005) que as problemáticas sociais surgiram de modo consistente e percebeu-se a necessidade de alguém capaz de lidar com aqueles que não conseguiam se enquadrar no capitalismo. As damas da alta sociedade, de forma assistencial e caritativo, se envolveram nessa situação e começaram a lidar com essa situação, se tornando auxiliares no ajudar e no cuidar desses indivíduos.

De acordo com Martinelli (1991, p. 128), “A alienação presente na sociedade capitalista, tendo encontrado a base social necessária, penetrou na consciência dos agentes profissionais, constituindo sério obstáculo para que pudessem estruturar sua consciência política, sua consciência social”.

Conforme Netto (2006), nesse momento, dava-se início à Questão Social como um processo legítimo causado por fatores financeiros, sociais e pessoais. A partir daí, o Serviço Social começou a ser construído e legitimado como profissão, institucionalização de sua prática, além de ter sua ação legitimada.

Mioto e Nogueira (2013, p. 62) informam que:

No Brasil, o debate instaurado em torno da profissão, e sobre a relação visceral entre Serviço Social e política social, floresceu e aprofundou-se significativamente ao longo das duas últimas décadas do século 20 e

consolida-se no início do século 21. Isso pode ser explicado pela alteração nos sistemas de proteção social brasileiros, após o retorno do país ao Estado de Direito, em 1985. Período de intensa mobilização de segmentos da sociedade civil, no sentido de ampliar e garantir direitos em setores de ponta, ou seja, o núcleo duro da política social – saúde, previdência e assistência –, e de forte investimento nos marcos profissionais, para expandir os saberes sobre a relação entre questão social e política social. Estabelece-se um amplo processo de produção de conhecimento em torno da política social, que tem se constituído em um pilar central na consolidação do Serviço Social como área de conhecimento no campo das ciências sociais. Este fato favoreceu tanto a inserção da profissão e de seus profissionais no embate político da sociedade brasileira como, também, a discussão sobre a intervenção profissional dos assistentes sociais no terreno da política social.

Conforme Martinelli (1993), o surgimento do Serviço Social no Brasil é alcançado através da burguesia, com um forte respaldo da Igreja Católica, e como um referencial o Serviço Social europeu. É válido ressaltar que não pode ser posto como simples troca dos modelos ou ideias, já que a origem espelha claramente o contexto cultural do país naquele período.

O Serviço Social, no Brasil por volta dos anos 1930, não de forma isolada, mas em articulação com diversos fatores e setores de grande valia para o momento, como: processos econômicos, das classes e das próprias Ciências Sociais, setores políticos, social e religioso (SILVA; SILVA, 2007).

Inicialmente as bases ideológicas do Serviço Social se relacionaram com a doutrina social da Igreja, não apenas católica, mas em sua maioria, que confiaram à atividade profissional um caráter missionário e vocacional. Os interesses filantrópicos e altruístas eram reforçados; contudo, para a classe dominante o que importava era o controle social dos trabalhadores e o reforço da hegemonia do capital como um bem para toda sociedade (BASTOS, 2013, p. 371-372).

De acordo com Bulla (2003), a primeira escola de Serviço Social no Brasil foi fundada em 1936, em São Paulo, mais tarde foi ligada à PUC-SP. Em 1937, foi criado o Instituto Social no Rio de Janeiro vinculado à PUC-RJ. Em 1945 foi criada a Escola de Serviço Social de Porto Alegre da PUC-RS. Nas décadas seguintes outras escolas de Serviço Social foram fundadas.

Abreu (2007) afirma que as primeiras escolas de Serviço Social do Brasil se baseavam nas premissas religiosas e primavam pela formação moral dos assistentes sociais, além da formação técnica, sem o enfrentamento da Questão Social, do estudo e do aprofundamento da origem das desigualdades ou qualquer questionamento sobre o

sistema capitalista. Dentre os predicados que a Igreja Católica exigia aos profissionais, podemos destacar: responsabilidade, vocação, sacrifício, disposição para servir, perseverança, amor ao próximo.

Ainda conforme o mesmo autor (2007, p. 36), “Os (as) assistentes sociais da época entendiam que a formação profissional deveria ser orientada pela doutrina da Igreja Católica, não sendo suficiente o preparo técnico, mas que deveriam possuir formação moral como requisito necessário e indispensável para o exercício da profissão”, e continua dizendo que “[...] ao seguirem às orientações da Igreja Católica, partilhavam suas críticas e orientações defendendo seus valores e suas premissas básicas [...]”. Conforme enfatiza Piana (2009, p. 89-90).

“O conservadorismo católico que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro começa, especialmente a partir dos anos 1940, a ser tecnificado ao entrar em contato com o Serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho permeadas pelo caráter conservador da Teoria Social Positiva” (YAZBEK, p. 04).

A partir dos anos 40, abre-se um novo horizonte no campo da profissionalização da assistência, que, mesmo ainda estreitamente ligada a sua origem católica, com as ideias e princípios da “caridade”, da “benevolência” e da “filantropia”, próprios do universo neotomista, tem sua atividade legitimada pelo Estado e pelo conjunto da sociedade, por meio da implementação de grandes instituições assistenciais. Nesse quadro, o Serviço Social busca uma instrumentalização técnica, valorizando o método e desvinculando-se dos princípios neotomistas para se orientar pelos pressupostos funcionalistas da sociologia e assim poder responder às novas exigências colocadas pelo mercado. A linguagem do “investimento”, da técnica, do planejamento passa a ser um referencial importante, constituindo-se com isso, uma das bases para o processo de profissionalização do Serviço Social.

A Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS) elaborou o primeiro Código de Ética Profissional do Assistente Social em 1947, que foi aprovado em 1948. Esse código dizia que a moral ou a ética poderiam ser consideradas ciências dos princípios e das normas implementadas para se “fazer o bem” e evitar “o mal ao próximo” (FARIAS, 2012).

A Lei nº 1889 de 1953 foi responsável, de acordo com o CRESS-RJ, por oficializar o curso de nível superior de Serviço Social no Brasil.

A profissão Assistente Social foi regulamentada, de acordo com o CRESS-RJ, em 27 de agosto de 1957, pela Lei 3252, juntamente com o Decreto 994 de 15 de maio de 1962.

Em meados dos anos 60, o (a) Assistente Social promovia a integração dos indivíduos e normatização das suas condutas, mas não havia discussão sobre políticas sociais. O foco estava em torno dos objetivos institucionais e dos desvios de condutas cometidos. (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

“A ditadura militar, instituída em 1964, não apenas sufocou o debate sobre os rumos do Serviço Social, iniciado nos anos 1960, como isolou a categoria profissional do Movimento de Revisão Crítica vivido na América Latina” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 63).

Um importante movimento passou a ser vigente a partir de meados dos anos 1960. Bastos (2013, p. 372-373) informa que:

A Reconceituação, ou Reconceptualização profissional, é um movimento datado, que ocorreu no âmbito latino americano e teve reflexos no Serviço Social brasileiro. Este emergiu em 1965 e se esgotou por volta de 1975. Propunha a ruptura com o tradicionalismo profissional e se baseava na luta por transformações na estrutura capitalista.

Então, o código de 1965 foi modificado após 10 anos, ou seja, em 1975. Isso ocorreu com a aprovação do novo Código de Ética do Serviço Social, ainda que mantivesse a mesma orientação metodológica e filosófica do Código de 1965 (FARIAS, 2012).

Segundo Miotto e Nogueira (2013, p. 64), no final dos anos 1970,

[...]A lógica dos programas e projetos sociais aparece no bojo do racionalismo técnico instituído, configurando o momento da emergência dos processos de planejamento como forma de orientar e controlar as mudanças sociais. Entretanto, o método de formulação e acompanhamento do planejamento estatal, em quaisquer dos níveis federativos, foi feito de maneira pontual e assistemática, sempre em termos dos grandes objetivos. Tal favorecia a autonomia da ação profissional, mesmo quando divergente da postura oficial dominante, pois as instâncias de controle não detinham a apreensão dos processos interventivos locais e particulares.

Piana (2009, p. 99) informa que “[...] É nos anos 80 (séc. XX) que a Teoria Social de Marx inicia sua efetiva interlocução com a profissão. Outras estratégias passam a compor a prática profissional: educação popular, assessoria a setores populares, investigação e ação e principalmente a redefinição da prática da Assistência Social”.

“O retorno ao Estado de Direito, em 1985, traz um novo alento à profissão, principalmente com a Constituição, em 1988. Esta incorpora o ideário dos direitos sociais, definindo uma perspectiva, no plano constitucional, de valores éticos, caros às (os) Assistentes Sociais. Assim como a garantia da proteção social universal sob a responsabilidade do Estado, especialmente no campo da saúde e da assistência social” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 64).

A dinâmica deste processo - que conduziu à consolidação profissional do Serviço Social - materializou-se em conquistas teóricas e ganhos práticos que se revelaram diversamente no universo profissional. No plano da reflexão e da normatização ética, o Código de Ética Profissional de 1986 foi uma expressão daquelas conquistas e ganhos, através de dois procedimentos: negação da base filosófica tradicional, nitidamente conservadora, que norteava a "ética da neutralidade", e afirmação de um novo perfil do técnico, não mais um agente subalterno e apenas executivo, mas um profissional competente teórica, técnica e politicamente (CFESS, 1993).

O Código de 1986 representa um marco na ruptura ideopolítica quanto ao tradicionalismo do Serviço Social. A partir daí, adota-se um referencial marxista. Forma-se, então, uma nova concepção de indivíduo, e expandindo os horizontes éticos que tentam responder aos desafios impostos pela sociedade. Além disso, rompe com a ideia de neutralidade profissional enfatizando o compromisso ético-político que se propõe articular com a classe trabalhadora. É válido ressaltar que há revisão e implantação de um currículo novo nas Universidades (FARIAS, 2012).

Na década de 1990, as consequências da lógica capitalista excludente e destrutiva, desenhadas no modelo de globalização neoliberal, contribuem para a precarização e a subalternização do trabalho à ordem do mercado, para a desmontagem dos direitos sociais, civis e econômicos, para a eliminação da estrutura e responsabilidade do Estado em face da “Questão Social”, para a privatização dos serviços públicos e empresas estatais e atingem diretamente a população trabalhadora, rebatendo nos profissionais de Serviço Social

enquanto cidadãos trabalhadores assalariados e viabilizadores de direitos sociais (PIANA, 2009, p. 99).

De acordo com o CRESS-MG, em 1993 foi aprovada a quinta versão do Código de Ética Profissional, instituída pela Resolução 273/93 do CFESS.

Essa versão firmou valores e diretrizes importantes para o exercício do (a) Assistente Social. O código atual expressa, em contraposição ao estabelecido nos códigos anteriores, em relação aos valores e interesses que eram regidos em decorrência do capital (FARIAS, 2012).

3.2 Serviço Social e Saúde

“O Projeto Ético-Político da Profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na Questão Social a base de sua fundamentação como já foi referido. [...]” (CFESS, 2010, p. 39).

Segundo o mesmo autor (2010), pensar e realizar uma atuação competente e crítica consiste em se articular com o movimento trabalhista e de usuários que lutam pelo SUS, conhecer as condições de vida do usuário e os determinantes que influem no processo saúde-doença, facilitar o acesso do usuário no serviço, promover a interdisciplinaridade na atuação da equipe de saúde, estimular a intersetorialidade, contribuir na democratização das políticas sociais e efetivar assessoria aos movimentos sociais.

Não há como se falar da atuação do (a) assistente social na saúde e não ressaltar as legislações que amparam o Serviço Social. Portanto, sobre esse fato, de acordo com CFESS (2009, p. 05-06):

[...] a Resolução nº 218 de 6/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde [...].

Para Sodré (2010), o (a) assistente social deve ficar atento aos novos contextos que se relacionam as lutas sociais e se põem como desafios em relação ao desenvolvimento de conhecimento e pelo direito à informação, que facilita promover uma sociedade maior democracia e transparente.

O conceito estruturado de saúde descrito na Constituição Federal de 1988 ressalta as expressões da Questão Social, ao apontar que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, artigo 196).

A saúde como expressão da Questão Social deve ser compreendida, segundo Iamamoto (1982), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, se expressando através da economia, política e cultura que impactam as classes sociais.

Verifica-se que o Serviço Social vem gradativamente ampliando seu espaço de atuação, haja vista o reconhecimento legal da profissão, bem como o reconhecimento quanto às condições de vida e de trabalho nos processos sócio-culturais que permeiam a vida em sociedade. Portanto, o binômio saúde/doença ganha contornos mais delineados, e tem nos determinantes sociais, uma raiz comum, significa dizer, que o estado de saúde é determinado efetivamente pelas condições reais de vida e de trabalho (BRASIL, 1988).

Conforme Iamamoto (1992), nos diferentes espaços ocupacionais da assistente social, é de suma importância impulsionar pesquisas e projetos que favoreçam o conhecimento do modo de vida e de trabalho – e correspondentes expressões culturais – dos segmentos populacionais atendidos, criando um acervo de dados sobre os sujeitos e as expressões da Questão Social que as vivenciam. O conhecimento criterioso dos processos sociais e de sua vivência pelos indivíduos sociais poderá alimentar ações inovadoras, capazes de propiciar o atendimento às efetivas necessidades sociais dos segmentos subalternizados, alvos das ações institucionais.

De acordo com Stringueta, o (a) Assistente Social é um profissional que atua no âmbito das mais diversas demandas. Trabalha com valor firmado em seu Projeto Ético - Político Profissional, como a equidade, a justiça social, a garantia de direitos e a autonomia dos idosos. Dessa forma:

Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusiva apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as

políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional (CFESS, 2010, p. 31).

3.3 A Atuação do (a) Assistente Social na Saúde

Pautado no Código de Ética Profissional e na Lei que Regulamenta a Profissão, o Serviço Social vem buscando consolidar seu Projeto Ético – Político, em um cenário de profundas mudanças no modo de produzir, distribuir e acumular riquezas, onde segundo avalia Mota (2010, p. 22), “mais do que nunca, o contraste e o crescimento vertiginoso das riquezas e a persistência ampliação do pauperismo é assustador”.

De acordo com Pereira (p.01), “[...] a Assistência Social passou a ser regida por lei federal[...] a qual conferiu-lhe características que a fizeram se distanciar de práticas ‘assistencialistas’ com as quais sempre foi identificada”. Sendo “regida por princípios e critérios identificados com a igualdade, a equidade e a justiça social, bem como com a perspectiva de promoção da autonomia do cidadão [...]”.

“As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social [...] são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão” (CFESS, 2010, p. 33).

Complementando com a informação anterior, Lima, Silva e Pereira, (p. 06) comentam que “as atribuições e competências do (a) Assistente Social no campo da saúde são geridas por Conselhos Municipais e Estaduais e pelo Conselho Federal de Serviço Social além do Ministério da Saúde pela Resolução nº 218, de 6/3/1997 [...]”.

CFESS (2010, p. 33-34), em relação aos direitos dos (as) Assistentes Sociais perante o artigo 2º do Código de Ética:

- a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b) livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;

- h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

De acordo com o referido Código (2010), no que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º estabelece: desempenhar as atividades com responsabilidade e eficiência baseados na legislação, usar o registro do conselho no exercício da profissão, abster-se de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando aos órgãos competentes.

Conforme Netto (2006), o (a) Assistente Social deve ser um profissional que:

[...] se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização dos sérvios relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras (p. 16).

O (a) Assistente Social se faz necessário em diversas áreas que tenham interferências e objetivações dos direitos sociais. Onde temos como objeto de intervenção as expressões da Questão Social, como violência contra a mulher, adolescentes em conflito com a lei, violência contra o idoso, entre outras; advindas de uma série e descontrolada carga de mudanças provenientes deste novo sistema capitalista neoliberal (MENDES, 2004).

Assim, de acordo com Iamamoto (1992, p.43):

Os (as) assistentes sociais trabalham com as mais diversas expressões da questão social, esclarecendo a população seus direitos sociais e os meios de ter acesso aos mesmos. O significado desse trabalho muda radicalmente ao voltar-se aos direitos e deveres referentes às operações de compra e de venda. Se os direitos sociais são frutos de lutas sociais, e de negociações com o bloco do poder para o seu reconhecimento legal, a compra e venda de serviços no atendimento a necessidades sociais de educação, saúde, renda, habitação, assistência social, entre outras pertencem a outro domínio – o do mercado – mediação necessária à realização do valor e, eventualmente, da mais valia decorrentes da industrialização dos serviços.

Informa Yamamoto (1991, p.127) que o aparecimento da Questão Social “diz respeito diretamente à generalização do trabalho livre numa sociedade em que a escravidão marca profundamente seu passado recente”. E ainda “[...] que se generaliza em circunstâncias históricas nas quais a separação entre homens e meios de produção se dá em grande medida fora dos limites da formação econômico - social brasileira. [...]” (IAMAMOTO, 1982, p. 125).

De acordo com Mello (2010, p. 1378) “A consolidação do trabalho do Assistente Social na saúde pressupõe um conhecimento vasto sobre políticas públicas, em particular a do SUS, e como elas são garantidas à população [...]”. Além disso, “[...] é exigido do profissional um conjunto de saberes que envolvem as instâncias da saúde: de prevenção a tratamento, rede de atenção, estruturação do atendimento e, teoricamente, [...]”.

O trabalho do assistente social, constitutivo de várias ações dirigidas à população idosa na região, reafirma seu reconhecimento em ações desenvolvidas na garantia do acesso aos direitos sociais, na explicitação da condição de vida dos idosos, na visibilidade do modo como esta população é reconhecida pela sociedade. Uma outra ação que ganha força nesta região é o trabalho voltado ao fortalecimento do papel político desse segmento, no qual os próprios idosos são estimulados a reivindicar seus direitos, construindo alternativas para a explicitação de necessidades e a garantia da busca por resoluções que respondam as necessidades. Ao mesmo tempo, estimula as ações que visam a autonomia, a preservação das habilidades e potencialidades pessoais, a possibilidade de decidir sobre as formas que devem manter a convivência sócio familiar. [...] (TORRES; SÁ, 2008., p. 8).

Além disso, o profissional deve “empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais” (CRESS, 2011, p. 31).

Segundo Torres e Sá (2008, p. 08), “[...] o (a) assistente social é um profissional competente para atuar na área do envelhecimento, desenvolvendo atividades profissionais dirigidas aos idosos e seus familiares, assessorando conselheiros e a comunidade em geral. [...]”.

Este profissional tem o dever de “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos (as) usuários (as)” (CFESS, 2011, p. 29).

Segundo Brasil (1993), o artigo 4º da lei 8. 742 explicitam que:

A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:
I-supremacia do atendimento nas necessidades sócias sobre as exigências de rentabilidade econômica;
II-universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
III-respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
IV-igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
V-divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

“Resume-se, então, que os princípios específicos são a supremacia dos atendimentos, universalização dos direitos sociais, respeito à dignidade, igualdade de direitos e divulgação ampla dos benefícios e serviços da assistência social” (FÉLIX, 2010, p. 731).

Os (as) assistentes sociais são capazes “[...] de decifrar uma dada realidade e, a partir dessa realidade, construir sua proposta de trabalho de forma criativa, preservando e efetivando direitos, a partir das demandas que surgem no cotidiano [...]” (IAMAMOTO, 2000, p.20).

Os assistentes sociais dispõem de um manancial de denúncias sobre violação dos direitos humanos e sociais e, desde que não firam as prescrições éticas do sigilo profissional, podem ser difundidas e repassadas aos órgãos de representação e meios de comunicação, atribuindo-lhes visibilidade pública na defesa dos direitos. Ao nível do trabalho concreto realizado na esfera do Estado, merece atenção a socialização das informações enquanto uma das atividades profissionais exercidas pelo assistente social (IAMAMOTO, 2008, p. 427).

“O Serviço Social busca marcar sua presença junto a estes temas não só na construção de novas formas de percebê-los, mas também propondo novas abordagens, considerando as exigências do mundo atual” (BREDEMEIER, 2003, p. 85).

Contudo, Torres e Sá (2008) comentam que se as políticas de assistência voltadas à pessoa idosa são essenciais para essa dinâmica da atenção, devemos também ressaltar que muitas vezes há o não-cumprimento das garantias postas pela Política Nacional do Idoso.

Portanto, conforme Mendes (2004) destaca, em sua atuação profissional com idosos institucionalizados, o (a) profissional de Serviço Social pode contribuir para melhoria da qualidade de vida, desenvolvendo atividades socioculturais que promovam a interação entre a comunidade local e as instituições, contribuindo para o desenvolvimento psicossocial, cognitivo e biofísico do idoso.

4. PESQUISA DE CAMPO: DESVENDANDO A REALIDADE

Os conteúdos mais relevantes desse capítulo para a construção dessa pesquisa serão postas em quatro categorias: Campo; Sujeitos; Família e Abandono do Idoso.

4.1 O Campo da Pesquisa

Localizado na Avenida Jornalista Tomaz Coelho 1578, o Hospital Distrital Edmílson Barros de Oliveira popularmente conhecido como Frotinha de Messejana, foi inaugurado em 10 de março de 1978, através do Decreto nº 5042, de 16 de fevereiro de 1978, durante a administração do prefeito municipal Evandro Aires de Moura e do secretário de saúde Adelino Alcântara, como unidade do Instituto José Frota, IJF, de modo a descentralizar os atendimentos de emergência (PAULA, 1996).

O hospital é referência da SER VI em serviços de urgência e emergência, com 64 leitos de internação hospitalar, atuando com uma taxa média de 114% da capacidade instalada. Sua cobertura de demanda prevê uma quantidade de habitantes atendidos equivalentes 600.000. O atendimento ocorre aos moradores de 29 bairros, da SER VI: Aerolândia, Ancuri, Alto da Balança, Barroso, Boa vista, cambeba, cajazeiras, cidade dos Funcionários, Coaçu, Conjunto Palmeiras, Curió, Dias Macedo, Edson queiroz, Guajerú, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, José de Alencar, Messejana, Parque Dois Irmãos, Passaré, Paupina, Parque Manibura, Parque Iracema, Parque Santa Maria, Pedras, Lagoa Redonda, Sabiaguaba, São Bento.

Vale ressaltar que o Hospital é uma unidade de saúde pública e, portanto, com acesso permitido a toda população, sem restrição de bairros.

A cada plantão, que corresponde a 12 horas diárias, o Frotinha de Messejana oferece serviços de atendimento integrado, atuando com uma equipe multiprofissional formada por médicos (cirurgiões, anestesistas, traumatologistas e clínicos gerais), enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e bioquímicos, além dos serviços complementares, com profissionais de apoio, como: auxiliares de enfermagem, de farmácia, de laboratório, técnico de radiologia e de traumatologia.

Além destes, há, também, o Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento, composto de laboratório de patologia clínica, serviço de radiologia, o qual não está sendo realizado, visto que a máquina está com defeito e não foram tomadas as devidas

providências para o conserto, são problemas pontuais, mas o serviço existe e de ultrassonografia, bem como o serviço de endoscopia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NUHEPI), Conselho Local de Saúde e Ouvidoria, marcação de consulta e solicitação de exame, cuja responsabilidade é da recepção do Hospital.

Entretanto, o serviço médico, principalmente traumatológico, é ainda insuficiente, visto que estes profissionais não possuem dedicação exclusiva para o HDEBO, o que ocasiona a falta de alguns deles diariamente na unidade, prejudicando o funcionamento hospitalar, bem como o atendimento aos usuários.

O fluxo de pacientes ocorre por demandas, onde o diagnóstico ocorre em Unidade Básica de Saúde e é referenciado à Central de Marcação de Consultas/ Exames ou é encaminhado aos serviços de urgência e emergência e retornos cirúrgicos, e por demanda hospitalar, onde os pacientes referenciados pela Central de Regulação do Município, referenciados por ambulatório e de urgência e emergência de demanda espontânea de Média Complexidade (BRASIL, 2014).

A principal demanda do Hospital, é o atendimento de urgência e emergência, sendo a maioria dos pacientes do sexo masculino, diabéticos e vítimas de ferimentos por armas brancas e de fogo, tendo em vista o crescimento da violência urbana, da miséria material e da desigualdade na capital, as quais são consideradas expressões da Questão Social.

Segundo Brasil (2014), a missão do hospital é “prestar assistência em urgência e emergência, promovendo excelência no atendimento secundário, com atendimento eficaz de acordo com as políticas públicas de saúde”. Possui como visão seu reconhecimento por excelência e responsabilidade na assistência, no ensino, na pesquisa e gestão em saúde.

O Hospital Edmílson Barros de Oliveira funciona com base na Política de Saúde, regida pela Constituição de 1988, no Título VIII, da Ordem Social, Seção II, da Saúde, bem como com base na Lei Orgânica de Saúde, Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Estas legislações estabelecem os princípios que constituem o funcionamento, a organização e gestão do SUS, como uma política pública de Estado.

Os valores que acompanham no processo de atendimento do hospital de um modo geral são: “competência, compromisso, ética, responsabilização, solidariedade e transparência na assistência à saúde” (BRASIL, 2014).

4.2 Os Sujeitos Participantes da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com um total de três assistentes sociais. As três entrevistadas são do sexo feminino, com idade de 52 anos, 55 anos e 60 anos, sendo todas casadas e graduadas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Trabalham no Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira, com uma periodicidade de tempo de 28 anos, 24 anos e 10 anos. As três exercem suas atividades entre o período de 07:00hs às 19:00hs, mas em dias diferentes de acordo com o determinado pela escala do hospital.

As profissionais consentiram em participar da pesquisa respondendo o roteiro (APÊNDICE) a base do estudo. As entrevistas foram realizadas no período vespertino, sendo que duas das Assistentes Sociais participantes foram entrevistadas no próprio hospital, em horário de serviço, e uma delas foi entrevistada em sua residência, considerando o fato de que ela estava de férias no período em que a pesquisa foi realizada. No cuidado com a proteção da imagem das entrevistadas, preservar-se-ão os nomes das participantes identificando-as através dos pseudônimos: Astromélia, Lisianto e Tulipa.

4.2.1 Limitações do (a) Profissional Assistente Social

As limitações, a partir do diálogo com as profissionais, foram várias e elas indicaram diversos fatores, sendo eles administrativos, gerenciais e de equipamentos, principalmente, como pontos perceptíveis. Esses fatores acabam interferindo na dinâmica processual do hospital e promovem, dessa forma, limitações e restrições em relação à uma atuação devidamente adequada. Sendo assim, para Astromélia (52 anos):

“Sinto como limitação para o exercício da profissão, a falta de políticas Públicas eficazes para as questões sociais mais gritantes atualmente as quais sejam: a população de rua, a superlotação das unidades de saúde, o idoso abandonado, entre outras, visto que não há instituições para onde encaminhá-los”.

Na visão dela, o processo se volta mais para o âmbito de Políticas Públicas que, por não serem efetivas, acabam por não trazer resolução das situações decorrentes com os pacientes, limitando a assistência que o profissional precisa realizar.

Já para Tulipa (55 anos), a dificuldade mais notória que acaba por influenciar na atuação do (a) Assistente Social é a não disponibilidade de materiais suficientes necessários para a assistência que, segundo a mesma, acaba levando à formação de uma barreira que dificulta no processo de atuação:

“[...] Então quando eu começo dizendo que há uma restrição, uma dificuldade muitas vezes por parte medicamentosa de aparato comum mesmo como a benzetacil, como uma seringa, como uma dipirona, então por ai você já vê que existe várias limitações e que todos os problemas dos usuários recaem sempre na sala do assistente social”. A grande demanda também influi nesse processo segundo a entrevistada: “então nosso setor é um setor polivalente aonde chega para nós todo tipo de demanda. [...]”.

Lisianto (60 anos) traz uma maior abrangência no que diz respeito às limitações. Um fator importante que a mesma citou é o fato de haver profissionais que não estão aptos para desempenhar o papel que lhes foi designado a fazer no hospital. Além disso, o material insuficiente, fator bem comentado pelas três entrevistadas, além de questões estruturais e econômicas que acabam afetando no processo como um todo. Dessa forma, a mesma cita que:

“As limitações as quais posso citar são: os funcionários e usuários da saúde pública desconhecem as atribuições do profissional de Serviço Social; a falta de condições material, pessoal e ambiente físico (sala do Serviço Social) sem condições para atendimentos, tendo em vista principalmente o atendimento individual”. Um fator interessante que a mesma citou e que as demais não citaram foi a necessidade de uma educação continuada através da ocorrência de palestras e de eventos capazes de possibilitar a interação e a troca de informações entre os profissionais: “Não há investimento no profissional no sentido de propiciar a participação destes em cursos, seminários, congressos, palestras e demais encontros da categoria”.

Sendo assim, segundo Alcântara e Vieira (2013, p. 340),

Compreender o Serviço Social enquanto trabalho significa reconhecer que os assistentes sociais também são trabalhadores que, em geral, vivem no contexto urbano e sofrem todas as consequências impostas pelas metamorfoses do mundo do trabalho, expressas através do desemprego estrutural, da redução dos postos de trabalho, da precarização das relações de

trabalho, da redução dos direitos, da exigência de um trabalhador polivalente, etc. Tais fatores terminam por interferir no próprio exercício profissional, que, a partir da lógica do mercado, é redimensionado, em decorrência de alterações tanto nas demandas quanto nos serviços sociais.

4.2.2 Principais Desafios Enfrentados em uma Instituição de Urgência e Emergência

Levando em conta o discutido com as entrevistadas, é importante frisar que são diversos os desafios enfrentados pelos (as) Assistentes Sociais. A falta de material é um dos principais pontos observados pelas profissionais entrevistadas. A competência profissional foi outro fator lembrado, mas sem muita somatória se comparando à fala das três Assistentes Sociais.

Sendo assim, os pontos entre limites e desafios, mesmo que em unidades de Urgência e Emergência, acabam por se cruzar considerando o fato de que a Astromélia (52 anos) citou a carência de material e profissionais não habilitados para seus cargos: “A falta de recursos financeiros mínimos e o desconhecimento das competências do (a) assistente social por parte dos usuários e das outras categorias profissionais”. Além disso, “Os maiores desafios do (a) assistente social ao atuar em serviço de urgência e emergência, são as dificuldades de executar projetos dados à rotina de plantão, que nos absorvem em problemas imediatos”, ou seja, a demanda enfrentada pelos profissionais acaba sendo uma dificuldade para a implementação de projetos que possam dar suporte na assistência.

Tulipa (55 anos) enxerga como desafio a demanda dos pacientes e a interação entre as equipes de saúde para se articular, levando em conta que elas, ainda que tentem fazer o possível, acabam não dando de conta da situação. Sendo assim,

“Eu acho que já comecei até responder; até porque só no próprio nome urgência e emergência todas as pessoas que chegam até nós, são pessoas que buscam aceleradamente, ansiosamente respostas, e que nem sempre nós como assistentes sociais não dispomos dessas respostas e de também, que esses desejos aconteçam. Não é uma caixinha de pandora, mas ao mesmo tempo muitas vezes a gente tem que agir de uma forma mágica, é onde a gente busca junto a equipe multidisciplinar ser auxiliado em várias demandas que as vezes é um médico que pode lhe responder; é um enfermeiro, é uma nutricionista e assim vamos nós né? Então assim, os desafios é você nesse mundo o qual a gente está, nesse momento aqui dentro do Frotinha de Messejana com tanta carência de matéria, [...]”.

Para Lisianto (60 anos), os desafios são enfrentados por questões de gestão econômica, administrativa e estrutural, onde, para a mesma, o hospital não disponibiliza de condições mínimas necessárias para se prestar uma assistência necessária para os usuários. “[...] trabalhar num hospital deste porte sem as mínimas condições possíveis, onde as necessidades são gritantes e que ainda são de caráter de urgência e emergência, sendo que você não consegue trabalhar com a proteção de rede social”.

4.2.3 Instrumentais Utilizados para Viabilizar o Atendimento Social dos Usuários

Segundo Santos, Santos e Silva (2012), não há padrão que defina os instrumentos usados no Serviço Social. Há aqueles considerados “universais”, como visitas domiciliares, relatórios, encaminhamento e entrevistas. Outros podem ser criados de acordo com as necessidades para sanar a demanda da assistência.

Levando isso em conta, as entrevistadas consideram como ferramenta desta as mais notórias, como uma entrevista. Órgãos estatais, formulários e declarações, são outras ferramentas citadas pelas questionadas.

“Os instrumentais que utilizamos são: a entrevista social, contatos individuais, atendimentos individuais, encaminhamentos ao CRAS, CAPS, CREAS, CRESS, Defensorias e Promotorias” (LISANTO, 60 anos).

“Os instrumentos utilizados são: Atendimento individual para demanda espontânea, quando realizamos entrevista em formulário próprio, autorização para acompanhamento, visitas extras, emissão de declaração, encaminhamentos, concessão de auxílio funeral, todas em formulários próprios” (Astromélia, 52 anos).

Tulipa (55 anos):

“Pessoal eu creio que os instrumentais dentro do Serviço Social, eles tenham uma certa unidade; é a entrevista, é um acompanhamento de caso, um atendimento fortuito que chega assim na nossa sala e verbaliza o que deseja e dentro das possibilidades da instituição a gente viabiliza; em termos de campo nós temos um reduto muito pequeno, muito difícil, a gente se detém mesmo é caso a caso. [...]”.

Dessa forma, a entrevista como uma ferramenta de trabalho esteve em comum na fala das três entrevistadas. Vale ressaltar que de fato ela é usada com certa constância nesse processo por Assistentes Sociais, sendo que, segundo uma pesquisa de Vasconcelos (2003, p. 209), “São 47% os assistentes sociais que só realizam suas ações através de entrevistas e 64% os que realizam mais entrevistas que reuniões [...]”.

Levando isso em conta, o instrumental mais efetivo para as profissionais é aquele que lhe possibilite ter um contato mais próximo e pessoal com os pacientes. Portanto, a entrevista acabou por se destacar dentre os objetos de trabalho utilizados pelas profissionais. Além deste, o encaminhamento foi outro instrumento colocado em pauta, sendo ambos embasados pelo que Santos, Santos e Silva (2012) expõem como instrumentos de atuação na assistência em saúde. Mas como já citado, há outras formas de instrumentos que podem ser de grande valia para a assistência.

4.3 Programas e Projetos

No Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira, segundo Astromélia e Lisianto, não há programas e projetos em desenvolvimento na instituição, mas somente uma abordagem com esses familiares na tentativa de garantir a dignidade do idoso e de seus familiares. Sendo assim, é válido ressaltar que a atuação dos (as) Assistentes Sociais ocorre através do acolhimento e da denúncia de casos à Promotoria da Pessoa Idosa.

“Vale ressaltar que não existe nenhum programa e nem projetos voltados ou direcionados ao idoso dentro desta unidade de saúde. As ações desenvolvidas neste sentido são feitos relatórios para entidades de proteção, Promotoria do Idoso, Defensoria do Idoso. Só existem ações pontuais”. (Lisianto, 60 anos).

Na verdade, não há projetos sociais voltados para a problemática do idoso no hospital. O que tem sido feito, de forma pontual, é a abordagem dos familiares na tentativa de garantir o acolhimento do idoso de forma digna, e em alguns casos, encaminhamos denúncia de abandono e/ou maus-tratos à Defensoria da Pessoa Idosa. Porém, não há uma sistematização, um projeto em curso (Astromélia, 52 anos).

Enfatiza, ainda, Tulipa que o atendimento é vasto para vários perfis de pacientes e que existem ferramentas para o amparo do idoso, mas ela não chega a citar presença de programas ou projetos que lidem, principalmente, com as questões dos idosos:

A gente se depara sim, não só com idosos, com jovens, com crianças com mulheres que sofrem pela violência, tanto local no sentido de ser voltado para o seu meio familiar ou não, até mesmo a gente vê que o nosso país, [...]. Temos sim a Promotoria de Defesa ao idoso, ela existe e quando nós nos deparamos com casos que requerem que realmente a gente vá até esta abertura, até porque ele é um órgão, um instrumento onde a gente canaliza esse agir. [...]. E o nosso idoso não sofre só essa violência corpórea não, ele sofre abandono de diversos tipos, né? [...].

4.4 Posicionamento sobre a Articulação com a Rede de Atendimento voltada para o Abandono de Idoso e seus Familiares Considerando os Pontos Positivos e Negativos

A Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94) traz como entidades de atendimento específicas aos idosos: instituições de longa permanência, centro de convivência, casa lar, oficina abrigada de trabalho, hospital dia, centro de cuidados diurnos. Sabemos que com exceção das duas primeiras, as demais são praticamente inexistentes. Se essas fossem efetivamente criadas evitariam mendicância, melhores cuidados médicos e de higiene, negligência, vitimização e, principalmente, abandono familiar (REZENDE, 2008).

Levando em conta as entidades expostas pela Política Nacional do Idoso, Astromélia (52 anos) comentou que:

Em relação ao atendimento voltado para idoso abandonado e seus familiares contamos apenas com ONGs, e poucas Unidades públicas como é o caso da casa de Passagem, no Olavo Bilac. O aspecto positivo da articulação com a rede é o acesso, aos coordenadores das instituições, que são sempre receptivos, porém o aspecto negativo é a falta de respostas concreta, pois não há vagas suficientes nos abrigos.

Lisianto (60 anos) diz que:

Os profissionais sentem uma imensa dificuldade com a rede de atendimento com o idoso, tendo em vista a amorosidade, em dar esse sentido de retorno para nós. Não há uma política mais consistente voltada ao idoso; fazemos os encaminhamentos, mas daí então, não sabemos até que ponto está sendo resolvido essa questão. Então ficamos a mercê da dúvida, sem retorno e tendo que nos desdobrar para darmos uma resposta a estes idosos, que sem mesmo saber na maioria das vezes, que foram esquecidos aqui nesta unidade.

Dessa forma, Lisianto não conseguiu enxergar pontos positivos, mas somente dificuldades relacionadas à situação proposta, tendo em vista que o retorno de informações não é efetuado sobre o caso encaminhado.

Segundo o Estatuto do Idoso (2009, p. 29 - 30), faz parte das linhas de ação da política do atendimento relacionado ao abandono de idosos dispostos no artigo 47, Inciso IV: “serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência”. Ainda que façam parte o atendimento e a identificação dos casos, os idosos ficam à mercê do próprio sistema, levando em conta que, segundo Lisianto e Astromélia, a principal problemática nesse processo é o fato do não retorno em relação ao desenvolver da situação de determinados pacientes encaminhados, deixando-as sem a mínima ideia do desfecho de tais casos.

Já Tulipa (55 anos) enfatiza que o Hospital Distrital Edmílson Barros de Oliveira não possui programas que permitam a estadia de idosos na instituição, sendo rápida e indeterminada a permanência do idoso ou de qualquer outro no hospital. Mas vale ressaltar que ela não citou o encaminhamento e seus pontos positivos e negativos:

“Pessoal, os hospitais se perfilam e nós dos frotinhas não nos perfilamos em termos de ter programas e projetos direcionados para os usuários que nos procuram e nem tão pouco nós temos programas e projetos voltados para a comunidade ou para acompanhamento destas famílias; seja famílias de idosos, seja famílias de qualquer tipo de paciente, porque os pacientes aqui, eles são pacientes passageiros, são pacientes que podem demorar três meses, um mês, três dias, dois dias, podem entrar para uma cirurgia rápida e receber alta da própria sala de recuperação por falta de leito na enfermaria, [...]. São pacientes que as vezes vem para um atendimento super rápido onde eles ficam 6 horas numa observação e voltam para sua casa. Então não existe programas e projetos direcionados para as famílias, para usuários, fora da instituição e nem mesmo dentro da instituição, algo que esse paciente chegasse, fosse atendido pelo setor de psicologia ou que tenha um assistente social responsável por projetos e tudo mais, não existe aqui. [...]”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo notável, natural e cultural, ocorrente em todo ser humano, sendo afetado por diversos fatores e que afeta todos de forma biológica, social, cultural e coletiva, sendo que esse processo ocorre de forma específica e própria para cada indivíduo.

O crescimento da população idosa brasileira tem se tornado característica presente desde o Século XX. Essa mudança demográfica começa a ficar mais notória a partir do período de 1970, e continua a ser crescente até 2060.

O idoso sempre foi tratado de forma divergente de acordo com o período e a cultura a qual se encontrava, sem esquecer-se de mencionar o *status*. Em algumas sociedades, eram tratados como símbolo de sabedoria e paciência, mas em diversas outras, ele foi muito considerado pelo povo como algo limitado e que, em determinado período da vida, poderia ser descartado, sem direitos, passando por negligência, desrespeito e sofrimento.

Através dos séculos, os idosos tiveram que passar por essa linha de pensamento cultural que se mantinham em diversas culturas. Mas algumas culturas conseguiram aprovar leis e Constituições que garantiram uma melhor qualidade de vida. No Brasil, o primeiro “Código de Ética,” data de 1948. É válido ressaltar que ele não trouxe melhoria significativa para o idoso. Mas foi só através da Constituição de 1988 que os direitos do idoso no país começaram a se firmar, proporcionando mais dignidade.

Diante dos resultados obtidos pela pesquisa, conclui-se o notório fato de que as entrevistadas compreendem a dinâmica envolvendo a atuação desempenhada no Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira, demonstrando capacidade para desenvolver um trabalho de grande valia que possa proporcionar assistência adequada aos pacientes.

Porém, mesmo que a dinâmica de trabalho seja bem compreendida, através da pesquisa, foi possível perceber que alguns fatores agregados à realidade do hospital acabam por dificultar e limitar os profissionais de saúde, afetando o processo de trabalho. A ausência de material básico, profissionais não competentes, ambiente de atendimento desestruturados são talvez, as problemáticas mais visíveis ao pesquisador e afetam diretamente a atenção à saúde. Então como realizar uma assistência qualificada que possa cobrir toda e qualquer necessidade apresentada pelo paciente se fatores

básicos necessários não estão disponibilizados? Ainda que realizada a assistência hospitalar, é visível que esse limite imposto acaba por debilitar o trabalho dos profissionais e torna-lo insatisfatório, por vezes, para o paciente, já que este não conseguiu sanar suas necessidades, e um iminente processo patológico.

Os (as) assistentes sociais possuem vários desafios a serem superados, desde as dificuldades já citadas para se implementar uma assistência adequada, até uma rotina do plantão que impede a implementação de projetos, além da necessidade de saber lidar com determinadas situações que envolvem insatisfação por pacientes. Portanto, a não ser que essas questões de cunho mais governamentais sejam resolvidas, as dificuldades se manterão presentes, haja vista a grandiosidade da demanda emanada das expressões da Questão Social, em conjunto com elas, a assistência debilitada se fará presente ainda que disposta dessa situação.

Mas, quaisquer que sejam as limitações, desafios, a atuação do assistente social tem que buscar e enxergar além do que está posto, pois políticas existem, cabe aos profissionais fazerem valere colocar em prática essa efetividade.

Dessa forma, a atuação do Assistente Social é de grande importância dentro do contexto de promoção da saúde, uma vez que este é viabilizador de direitos e se responsabiliza por proporcionar o máximo possível de dignidade no processo de saúde para o idoso, buscando viabilizar os direitos dos usuários e apoiar as dinâmicas que ocorram para com o interesse da população usuária. Sendo assim,

A proteção social da Assistência Social basicamente visa a atender situações de vitimização, fragilidades, contingências, vulnerabilidades e riscos que o cidadão e suas famílias enfrentam na trajetória de seu ciclo de vida por decorrência de imposições sociais, econômicas, políticas e de ofensas à dignidade humana. Por meio de suas ações, produz aquisições materiais, sociais, socioeducativas, para suprir necessidades de reprodução social de vida individual e familiar, desenvolvendo capacidades e talentos para a convivência social, protagonismo e autonomia, [...] (PESSÔA, 2010, p. 118).

Na atuação direcionada aos idosos abandonados, os (as) profissionais se valem muito do uso de entrevista como uma ferramenta de trabalho em saúde, levando-se em conta que esta possibilita maior interação/relação entre o profissional e o paciente. Além desta, autorização para acompanhamento, visitas extras e encaminhamentos foram outros objetos de trabalho usados no trabalho em saúde. A coleta de dados para

avaliação sobre a situação do idoso é de grande importância e pode ser obtido através de uma visita domiciliar, que são exemplos reais e próprios de cada usuário.

A visita domiciliar é uma ferramenta apontada pelos assistentes sociais como subsidiária ao trabalho de promoção da saúde, pois ela proporciona a coleta de uma informação em estágio avançado a ser trabalhado pelo Serviço Social, quando a informação não está clara e o parecer social está ainda obscuro. Desta forma, resulta da visita um 'esclarecimento' de algo que o assistente social pressupunha ou não tinha informação alguma. (SODRÉ, 2014, p. 80-81)

Dessa maneira, as ferramentas utilizadas são essenciais para se promover uma ação direcionada à atos de violência ou abandono para com o idoso, já que eles guiam o profissional durante o processo e dão suportes para que os (as) Assistentes Sociais possam atingir os objetivos de seu trabalho e atuar frente as situações de abandono que o idoso costuma sofrer.

Valendo-se das formas de atuação dos (as) Assistentes Sociais através de ferramentas e do acolhimento, os profissionais utilizam de relatórios como bases de informações mediadoras com entidades de proteção ao idoso, como Defensoria do Idoso, para que esta possa tomar as medidas cabíveis diante das ocorrências.

Em relação ao abandono de idosos por familiares, constatou-se que ainda é algo muito presente em nossa realidade. Vale ressaltar que o abandono afetivo não está bem posta no Estatuto do Idoso, se tornando mais uma barreira para se promover ações em relação a esse tipo de negligência.

A Responsabilidade Civil pelo abandono afetivo do idoso não está expressamente disposta no Estatuto do Idoso, razão pela qual se julga tal situação com base nos artigos 229 e 230 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, mas devido a tantas denúncias de maus tratos e abandono dos idosos é que já existe um projeto de lei, que será abordado ao longo deste estudo, que pretende acrescentar um dispositivo ao Estatuto do Idoso, regulamentando essa situação. (BERTOLIN; VIECILI, 2014, p. 340).

A negligência é uma prática bastante frequente entre os familiares dos idosos, sendo dever deles cuidar e garantir sua dignidade pessoal e sua autonomia. Além disso, segundo Carvalho e Camilo (2011), para o reequilíbrio e readequação do idoso como

importante ferramenta no meio social, o cuidar de forma coerente da pessoa idosa, traduz - se em garantir os direitos fundamentais, perante a própria família e sociedade, e também do Estado.

No Hospital Distrital Edmílson Barros de Oliveira, o atendimento ao idoso e suas famílias se vale por interações com ONGs, já que não há uma política específica atuante para esse fim.

Mesmo com acolhimento e amparo inicial, não é possível se fazer um acompanhamento contínuo já que não há retorno de informações sobre os casos e, dessa forma, não há como ter ideia de como realmente se procede ou conclui o desfecho desses casos. Dessa maneira, é de enfática necessidade a implementação de políticas que contemplem ações para minimizar estas situações e que possam dar um resultado ao desfecho desses casos, e dessa forma promover um maior acompanhamento das famílias e, principalmente, dos idosos que são as maiores vítimas dessa situação.

REFERÊNCIAS

ABREU, Fábio Henrique Cerqueira. **Caridade ou cidadania? O que atrai os calouros do curso de serviço social da universidade de Brasília**. 2007. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

AFFONSO, Julia. **Proporção de idosos no Brasil deve ser três vezes maior em 2060, diz IBGE**. 2013. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/08/29/idosos-devem-ser-267-da-populacao-brasileira-em-2060-diz-ibge.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

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

ASSIS, M.. **Promoção da saúde e envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro, RJ: CRDE Unati Uerj, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia**: Um Guia para a Iniciação Científica. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BARTON, E. J.; ASCIONE, F.R. Direct observation. In: OLLENDICK, T. H.; HERSEN, M. **Child behavioral assessment**: principles and procedures. New York: Pergamon Press, 1984. p. 166-194.

BASTOS, Amanda Suelen Ferreira. A Renovação do serviço social e vigência na contemporaneidade. **Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira**, ano VI, n. 8, p. 365-378, 2013.

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

BERTOLIN, Giuliana; VIECILI, Mariza. ABANDONO AFETIVO DO IDOSO: reparação civil ao ato de (não) amar? **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**, v. 5, n.1, p. 338-360, 2014.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista a ser celebrada. **Revista Serviço & Sociedade**. Ano XXIV número 75. Editora Cortez. São Paulo, 2003. Página 19-34.

BRASIL. Casa Civil. Lei Nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 16 maio 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1998. 36. Ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

_____. Lei 10.741. Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/estatuto-do-idoso>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa. 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Plano de Ações e Estratégias do Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira para 2014. 2014.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Casa Civil**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/2003/110.741.htm>>. Acesso em: 23 abril. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília, DF, 2010.

_____. Pessoa Idosa. **Secretaria de Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/estatuto-do-idoso>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. Dados Sobre o Envelhecimento do Idoso no Brasil. Disponível em :<<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadossobreoenvelhementonoBrasil.pdf>>. Acesso em: 22 abril 2016.

BREDEMEIER, Sonia M. L. Conselho do Idoso como espaço público. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 75, p. 84 – 102, 2003.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Revista Odontologia**. Cidade São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

BULLA, Leonia Capaverde. Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 2, p 1-15, 2003.

CALDAS, C. P. O. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. cap. 3, p 51-71.

CAMARANO, A. A.; El GHAOURI, S. K. Famílias com idosos: ninhos vazios? In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2002, Ouro Preto, MG. **Anais Violências, o estado e a qualidade de vida da população brasileira**. Belo Horizonte: ABEP, 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_ST23_Camarano_texto.pdf>. Acesso em: 22mar 2016.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. (IPEA) In: Os novos idosos brasileiros... Cap. 1. COMO VIVE O IDOSO BRASILEIRO? 2004. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf> . Acesso em: 05 junho 2016.

CARVALHO, Marilza Simonetti; CAMILO, Andryelle Vanessa. Do abandono afetivo do idoso sob a perspectiva dos direitos da personalidade. 2011. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/marilza_simonetti_de_carvalho.pdf>. Acesso em: 05 junho 2016.

CFESS. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais Aprovado em 15 de Março de 1993 com as Alterações Introduzidas pelas Resoluções CFESS N.º 290/94 E 293/94. 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

CFESS. Código de Ética Edição 2011. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf>. Acesso em: 15 maio 2016.

CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. 2010. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saude.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (Versão Preliminar). Rodriane de Oliveira Souza (Coord.). 2009. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para Assistentes Sociais na Saúde versão preliminar.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

COSTA, Elizabeth M. Sene. **Gerontograma: a velhice em cena – estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade**. São Paulo: Agora, 1998.

CRERSSRJ. Serviço Social. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/site/servico-social/>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

CRESSMG. Serviço Social. Disponível em: <<http://www.cressmg.org.br/Menu/Servi%C3%A7o%20Social>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

DEBERT, Guita G. (1999) **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP.

DEMO, Pedro. Educar pela pesquisa. Campinas: Autores Associados, 2000

ESCOBAR, Karin Alves do Amaral. Novos paradigmas na assistência ao idoso: o enfoque da prevenção e promoção de um envelhecimento saudável. **Conselho Internacional de Bem Estar Social**. Disponível em: <[http://www.cibs.cbciss.org/arquivos/novos paradigmas na assistência ao idoso.pdf](http://www.cibs.cbciss.org/arquivos/novos_paradigmas_na_assistencia_ao_idoso.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista**. São Paulo, Cortez, 2008.

_____. **Saber profissional e poder institucional**. 06 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FARIAS, Patrícia Maria Bispo. Ética e serviço social: reflexões sobre a vivência profissional. **Revista Eletrônica da Fanese**, Aracaju, v. 1, n. 1, 2012.

FARIELO, Danilo; VIEIRA Catherine. **A vida começa aos 60**. Valor OnLine, São Paulo, 20 de julho de 2007. Disponível em: <www.valoronline.com.br/valoreconomico/285/euefimdesemana/cultura.html>. Acessado em: 22 abril 2016.

FELIX, Jorgemar Soares. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. **Encontro** Abres. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.pucsp.br/desenvolvimento_humano/Downloads/JorgeFelix.pdf>. Acesso em: 22mar 2016.

FÉLIX, Vinicius César. O princípio da miserabilidade aplicado aos Benefícios assistenciais. **Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia**, v. 38, n. 2, p.725-742, 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio século XXI escolar: o minidicionário da Língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FRAIMAN, Ana Perwin. **Coisas da Idade**. 4ª edição. São Paulo: Gente, 1995, p.143.

FREIRE, Abraão dos Santos; CÂNDIDO, Sandra da Silva. Uma Análise da Origem do Serviço Social no Brasil. **Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira**, n. 8, p. 348-364, 2013.

FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRIA, A. L.; CANÇADO, F. A.; GONZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

FREITAS, Maria Célia; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUSA, Jacy Aurélia Vieira. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 407-412, 2010.

GAYOTTO, Dejanira Luiza Garcia; GIL, Luiz Albino Blumer. Serviço Social: que profissão é essa? **Revista Científica do IMAPES**. Sorocaba, n.3, v. 3, Maio, 2005. p. 58-62.

GODINHO, Robson Renaut. **A proteção processual dos direitos dos idosos**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2007.

GOLDFARB, Delia Catullo. **Corpo, tempo e envelhecimento**. Dissertação de mestrado de Psicologia Clínica da PUC-SP. 1997. Dissertação de mestrado Defendida no programa de Psicologia Clínica da PUC-SP.

GONÇALVES, Elisa Pereira. **Iniciação à pesquisa científica**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.

GRANDIN, C. V. C.; SOUZA, A. M. N.; LOBO, J. M.. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare Enferm.** 2007; 12(2): 204-13.

GROISMAM, D. A Infância do Asilo: a Institucionalização da Velhice no Rio de Janeiro na Virada do Século. Dissertação de mestrado. Ciências Humanas e saúde. Instituto de Medicina Social – Rio de Janeiro: UERJ, 1999.

GUERRA, Yolanda. **MAGNA NA UECE: Trabalho e Instrumentalidade do Serviço Social** <https://www.youtube.com/watch?v=LDjD5ttGiNo> (2012)

GUIDIS et al..Análise comparativa da assistência ao idoso em condições de saúde diferenciada – rearranjos e solidariedade familiar. 2005. Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau11.pdf>>. Acesso em: 07 abril 2016.

HEIKKINEN, R. L. **O papel da atividade física no envelhecimento saudável.** [S. l.]: Organização Mundial da Saúde, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais.** In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.* São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982. p. 71-123.

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social.** Ensaio crítico. São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, Marilda e CARVALHO Raul. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação teórico-metodológica.* 8ª ed.- São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 1991.

IAMAMOTO, Marilda V. e CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** São Paulo, Cortez Ed., CELATS (Lima-Perú), 1982.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche. capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 3ª edição, 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 06. ed.São Paulo: Atlas, 2007. P. 315.

LIMA, E. M. A. S.; SILVA, S. P. S.; PEREIRA, C. O. J.. Análise sobre a inserção do assistente social no programa saúde da família no recôncavo da Bahia. Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/AN%C3%81LISE%20SOBRE%20A%20INSER%C3%87%C3%83O%20DO%20ASSISTENTE%20SOCIAL%20NO%20PROGRAMA%20SA%20ADE%20DA%20FAMILIA.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2016.

MAGALHÃES, Dirceu Nogueira. **A invenção social da velhice**. Rio de Janeiro, Edição do autor, 1989.

MARQUES, Ana Maria. Velho/Idoso: construindo o sujeito da terceira idade. **Revista Esboços**, n 11, p. 65-71.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: Identidade e Alienação**. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. **Serviço Social: identidade e alienação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

MASCARO, Sonia Amorim. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MELLO, Cristiane Ferraz Quevedo. O trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar em Porto Alegre: Uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe. 2010. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/Vmostra/V_MOSTRA_PDF/Servico_Social/82986-CRISTIANE_FERRAZ_QUEVEDO_DE_MELLO.pdf>. Acesso em: 15 maio 2016.

MENDES, J. M.; **O Papel do Assistente Social em uma Instituição Asilar**. Monografia, O Papel do Assistente Social no Centro de Convivência Paulo Fagundes Fonseca Penido, Faculdade de Medicina de Minas Gerais, Curso de Especialização em Envelhecimento e Saúde do Idoso, Belo Horizonte, 2004.

MESSY, Jack. **A pessoa idosa não existe**. Uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: Aleph, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MINAYO, Maria Cecília. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. 2. ed. 2005. 48 p.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R.. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Revista Katálysis**, v. 16, n. esp., p. 61-7, 2013.

MOTA, Ana Elizabete (org). **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, política e sociedade**. 04 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NERI, Anita Liberalesso. **Psicologia do Envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida**. Campinas, SP: Papyrus, p. 14 – 39 1995.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (org). **E por falar em boa velhice**. São Paulo: Papyrus, 2000.

NETTO, José Paulo. As condições histórico-sociais de emergência do Serviço Social. IN: **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 5. ed., São Paulo: Cortez, 2006. p. 17-45.

NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p. 50. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde.**

OLIVEIRA, Simone Alex. **A Importância das Relações Sócio-Familiares na Promoção da Qualidade de Vida do Idoso**. Brasília, 2009. 83 p. Monografia (Graduação em Psicologia) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES, Centro Universitário de Brasília.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução por: Suzana Gontijo, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde**. 2015. 28 p.

PAULA, Maria Lucy Melo. **Guia Institucional Frotinha Messejana**. 1996.

PEREIRA, Bruna Fernanda Bólico. Caminhos do amadurecimento político da ética profissional do (a) assistente social. Trabalho e produção no capitalismo contemporâneo: caminhos do amadurecimento político da ética profissional do (a) assistente social. In: II Semana de Economia Política. p. 1-10.

PEREIRA, Potyara A. P. Política de Assistência Social para a Pessoa Idosa. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_eixos/4.pdf>. Acesso em: 10mai 2016.

PESSÔA, Elisângela Maia. Assistência social ao idoso enquanto direito de proteção social em municípios do Rio Grande do Sul. 2010. Tese (Doutora em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010.

PIANA, Maria Cristina. O serviço social na contemporaneidade: demandas e respostas. In: PIANA, Maria Cristina. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP, 2009. 233 p.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON, O. M. (org. e intr.). **Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)**. São Paulo: Vértice, Editora Revistas dos Tribunais, Enciclopédia Aberta de Ciências Sociais, v.5, 1988. p. 68-80.

REZENDE, Cristiane Barbosa. **A Velhice na família: estratégias de sobrevivência**. Franca, 2008. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP, Universidade Estadual Paulista.

RIGO, M. L. N. R.; TEIXEIRA, D. C. (2005). Efeitos da atividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. **Revista Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, 7(1): 13-20.

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia científica**: guia para eficiência nos estudos. 5. ed. São Paulo, Atlas, 2002.

SAN MARTIN, H.; PASTOR, V. **Epidemiologia de la vejez**. Madri: Mc Graw-Hill Interamericana de Espana. 1990.

SANTOS, L.; SANTOS, L. D.; SILVA, R. R. N.. A Prática do assistente social e a importância dos instrumentos técnicos - operativo. 2012. Disponível em: <http://educonse.com.br/2012/eixo_19/PDF/33.pdf>. Acesso em: 28 maio 2016.

SANTANA, Hilca Barros; SENA, Kaline Leite. O Idoso e a representação de si: a novidade na agenda social contemporânea: inclusão do cidadão de mais idade. **A Terceira Idade**, v. 14, n. 28, São Paulo, set. 2003.

SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p. 589. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais

SILVA, Edvânia. **Qualidade de vida na terceira idade**: percepções dos idosos do centro de convivência sa e almerinda em relação ao processo de envelhecimento. Cachoeira, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

SILVA, Janaína Carvalho da. Velhos ou Idosos?. In: **Revista A Terceira Idade**, n. 26. São Paulo: SESC, janeiro 2003.

SILVA, Vanessa. **Velhice e envelhecimento: qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do sesc-estrito**. 2009.

SILVA & SILVA, M. Ozanira da (Coord.). **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. 04 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

_____. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014.

SOUSA, Ana Maria Viola. **Tutela jurídica do idoso**. São Paulo: Alínea, 2004.

SOUSA, Charles Toniolo. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008.

STEGLICH, L.A. Crises normais na vida adulta. Passo Fundo: UPF, 1992.

STRINGUETA, Grazielle Puciet al. O COMPROMISSO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E O IDOSO. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2284/1877>>. Acesso em: 10 maio 2016.

TAFNER, Paulo (editor). **Brasil: o estado de uma nação-mercado, emprego e informalidade**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006.

TJORA, A. H. Writing small discoveries: an exploration of fresh observers' observations. *Qualitative Research*, London, v. 6, n. 4, p. 429-451, 2006.

TORRES, Mabel Mascarenhas; SÁ, Maria Auxiliadora Ávila dos Santos. Inclusão social de idosos: um longo caminho a percorrer. **Revista ciências humanas – Universidade de Taubaté**, V. 1, N. 2, p. 1-10, 2008.

UCHÔA, Elizabeth et al. In: **Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural**. 2002.

VALE, R. G. S.. **Efeitos do treinamento de força e de flexibilidade sobre a autonomia e qualidade de vida de mulheres senescentes**. 232fls. Dissertação (Mestrado em Ciência da Motricidade Humana) - Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, 2004.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. - 2. ed. - São Paulo: Cortez, 2003.

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. Disponível em: <[http://www.prof.joaodantas.nom.br/materialdidatico/material/2 Fundamentos historicos e teoricometodologicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade .pdf](http://www.prof.joaodantas.nom.br/materialdidatico/material/2_Fundamentos_historicos_e_teoricometodologicos_do_Serviço_Social_brasileiro_na_contemporaneidade.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2016.

ZANELLI, J. C. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estudos de Psicologia**, v. 7, p. 79 - 88, 2002.

APÊNDICES

ROTEIRO DE ENTREVISTA

01. Nome, CRES

02. Instituição de Ensino em que se graduou?

03. Há quanto tempo atua na no HDEBO- Frotinha de Messejana? Quais suas limitações como profissional dentro da instituição?

04. Quais são os principais desafios do (a) Assistente Social ao atuar em uma instituição de urgência e emergência?

05. Quais são os programas e os projetos sociais desenvolvidos pelo (a) Assistente Social para com as famílias destes idosos na instituição?

06. Quais são os instrumentais utilizados para viabilizar o atendimento social dos usuários?

07. Qual o posicionamento no que diz respeito à articulação com a rede de atendimento voltada para o (a) idoso (a) abandonado e seus familiares, considerando os aspectos negativos e positivos?

ANEXOS