

O FAZER PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO A PESSOA IDOSA NA SAÚDE: A realidade da UBS Dr. Chico Porto em Mossoró/RN¹

The Professional Practice of Social Work with the Elderly in Health. Dr. Chico Porto in Mossoró RN

Elisângela de Oliveira Santos²

Jennie Rafaella Barboza da Silva Nogueira³

Fernanda Kallyne Rêgo de Oliveira⁴

RESUMO

Discorrer sobre a problemática do idoso é pensar num contexto de mudanças externas e internas, uma vez que além das mudanças biológicas, os idosos também acabam por sentir as mudanças em torno de si, impostas pela sociedade. Assim, o objetivo geral desse estudo é analisar os desafios e possibilidades do Serviço Social na mediação do direito a pessoa idosa na UBS Chico Porto em Mossoró/RN. E como objetivos específicos tem-se: Compreender de que forma se dá a operacionalização do fazer profissional do serviço social na UBS Chico Porto; Identificar as estratégias de intervenção do serviço social para a efetivação do direito a pessoa idosa; Perceber como ocorre o processo de articulação intersetorial no acompanhamento da pessoa idosa com as demais políticas setoriais. Quanto ao percurso metodológico, optou-se por uma pesquisa descritiva, documental, bibliográfica e de campo, com nuance qualitativa. Para tanto, a análise das entrevistas se deu por meio da análise do discurso dos sujeitos pesquisados. E como resultados, foi possível identificar diversas problemáticas essenciais para o processo de formação e aperfeiçoamento profissional em Serviço Social, especialmente, para aqueles profissionais que desejam sua inserção na política social de saúde. Assim, torna-se perceptível que a política de saúde, no Brasil, ainda possui diversos desafios no que tange a sua plena operacionalização nos moldes do sistema único de saúde – SUS, pois, conforme supracitado, ainda há disputas políticas entre os principais projetos para área da saúde, o projeto privatista e o projeto universalista.

Palavras-chave: Serviço Social. Idoso. Saúde.

ABSTRACT

Discussing the problem of the elderly is to think in a context of external and internal changes, since in addition to biological changes, the elderly also end up feeling the changes around them, imposed by society. Thus, the general objective of this study is to analyze the challenges and possibilities of Social Work in the mediation of the right to the elderly at UBS Chico Porto in Mossoró/RN. And as

¹Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Potiguar, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, em 2022.

²Graduanda em Serviço Social pela Universidade Potiguar - E-mail: elisangela050776@gmail.com

³Graduanda em Serviço Social pela Universidade Potiguar - E-mail: jennie_rafaella@yahoo.com.br

⁴Professora-Orientadora. Docente na Universidade Potiguar - E-mail: fernandakallyne@unp.br

specific objectives we have: To understand how the operationalization of the professional doing of social work takes place at UBS Chico Porto; Identify social service intervention strategies for the realization of the right to the elderly; to understand how the process of intersectoral articulation occurs in the monitoring of the elderly with the other sectoral policies. As for the methodological approach, a descriptive, documentary, bibliographic and field research was chosen, with a qualitative nuance. To this end, the analysis of the interviews took place through the analysis of the research subjects' discourse. And as a result, it was possible to identify several essential issues for the process of training and professional development in Social Work, especially for those Professionals who want to be inserted in the social health policy. Thus, it is noticeable that health policy in Brazil still has several challenges regarding its full operationalization in the molds of the unified health system - SUS, because, as mentioned above, there are still political disputes between the main projects for health, the privatist project and the universalist project.

Keywords: Social Work. Elderly. Health.

1 INTRODUÇÃO

Discorrer sobre a problemática do idoso, é pensar num contexto, de mudanças externas e internas, uma vez que além das mudanças biológicas, os idosos também acabam por sentir as mudanças em torno de si, impostas pela sociedade. Registra-se que a pessoa idosa, sofre uma crise de identidade, considerando que nessa etapa da vida, novos papéis são formados, e com a necessidade da aposentadoria, pode-se configurar como um atestado de invalidação para a vida ativa, seja no âmbito produtivo, pessoal ou familiar. Contudo, a literatura consultada ao longo desse estudo evidenciou que o processo de envelhecimento, vai muito além de serem só marcas pelo corpo, nessa etapa da vida, o sujeito vem repleto de condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais, que devem ser respeitadas e preservadas, pois esse sujeito detém direitos.

Ainda nesse sentido, destaca-se que a delimitação do presente tema se justifica perante os conhecimentos, dúvidas, indagações e vivências adquiridas por meio da realização da graduação em Serviço Social, em que, através de pesquisas e análise de dados acerca do tema, foi despertado um sentimento de inquietude frente às violações de direitos da pessoa idosa na área da saúde. Mais do que a formalização da conclusão do curso, almeja-se a construção de um conhecimento que possibilite uma reflexão crítica sobre o tema e desperte em cada um, o sentimento de defesa e reivindicação dos direitos e do pleno exercício da cidadania das pessoas idosas na saúde, bem como de seu processo de envelhecimento em condições dignas de existência.

Para tanto, chegou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Como se dar o fazer profissional do serviço social junto à pessoa idosa na saúde, especificamente na UBS Dr. Chico Porto em Mossoró/RN?

Assim, o objetivo geral desse estudo é analisar os desafios e possibilidades do Serviço Social na mediação do direito a pessoa idosa na UBS Chico Porto em Mossoró/RN. E como objetivos específicos tem-se: Compreender de que forma se dá a operacionalização do fazer profissional do serviço social na UBS Chico Porto; Identificar as estratégias de intervenção do serviço social para a efetivação do direito

a pessoa idosa na referida UBS; Perceber como ocorre o processo de articulação intersectorial no acompanhamento da pessoa idosa com as demais políticas setoriais.

Quanto ao percurso metodológico, optou-se por uma pesquisa descritiva, documental, bibliográfica e de campo, com nuance qualitativa, que conforme Minayo (2009), é aquela que ultrapassa o nível quantitativo e variável numérico e adentra um universo particular, subjetivo, social e político, analisa fenômenos, fatos e contradições. Oportunamente foi aplicada uma entrevista estruturada composta por 06 (seis) perguntas com a profissional do serviço social que compõe o equipamento social. Quanto a pesquisa bibliográfica, segundo Gil (2002) é aquela metodologia que analisa pesquisas anteriores e materiais já elaborados, por meio de livros, obras, teses e produções acadêmicas em geral, com intuito de refletir, propor novas análises, despertar novos questionamentos e buscar a aproximação com uma determinada realidade social e/ou situação. Portanto, é imprescindível ressaltar que tal pesquisa orienta-se através da perspectiva e linha de abordagem teórica marxista, cuja importância também reside no fato de que se configura como teoria basilar para as reflexões e intervenções profissionais do Serviço Social.

Para tanto, a análise das entrevistas se deu por meio da análise do discurso dos sujeitos pesquisados. Destaca-se que quanto aos princípios éticos da pesquisa, foi solicitado a profissional que assinasse um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconiza a Resolução CNS 466/2012, para realização de pesquisas com seres humano, como forma de minimizar possíveis danos causados pelo estudo, bem como, garantir o sigilo dos respondentes da pesquisa, resguardando-os de quaisquer constrangimento e/ou exposição.

Desta forma, o referido artigo está assim constituído: 1 Introdução, 2 Os processos teóricos relativos ao envelhecimento da pessoa idosa; 3 Idoso, Saúde e Direito: A trajetória da regulamentação em vigor, 3.1 A atenção básica e a pessoa idosa, 4 O serviço social na contemporaneidade e sua atuação na atenção a pessoa idosa na saúde, 4.1 Relatos e vivências a partir do olhar do serviço social na Unidade Básica de Saúde Dr. Chico Porto, 5 as Considerações Finais.

2 OS PROCESSOS TEÓRICOS RELATIVOS AO ENVELHECIMENTO DA PESSOA IDOSA

O tempo não para, já dizia em uma de suas músicas, o cantor Cazuza (1988). E o tempo não espera mesmo, conforme ele vai passando, vão surgindo mudanças externas e internas perceptíveis a evolução do tempo no ser humano. Partindo dessa perspectiva de tempo, buscar-se-á compreender o processo de envelhecimento da pessoa idosa. Para tanto, algumas indagações básicas podem surgir, como por exemplo, o que é envelhecer? Para Zirmeman (2007), velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica, da sua ligação com sua sociedade. O referido autor defende que o velho sempre será a mesma pessoa que era na juventude, no sentido dos seus comportamentos abstratos, se alegre quando jovem, também será um idoso feliz. Ainda nesse processo de entendimento, é interessante ressaltar algumas modificações no aspecto físico da pessoa idosa,

....as bochechas se enrugam e se embolsam, a pele perde o tônus, tornando-se flácida, os olhos ficam mais úmidos, encurvamento postural e diminuição da estatura, devido as modificações da coluna vertebral e desgaste das vértebras, o metabolismo fica mais lento, a digestão também (ZIRMEMAN, 2007, p.21-22).

Entretanto, é nesse contexto, de mudanças externas e internas, que se caracterizam o indivíduo idoso. Não bastasse as mudanças biológicas, os idosos também acabam por sentir as mudanças em torno de si, impostas pela sociedade. Importa ressaltar que o velho, sofre uma crise de identidade, mudanças em seu papel familiar são formadas, há a necessidade da aposentadoria, e uma diminuição ou total perda da vida ativa, econômica e produtiva, além do afastamento da vivência social (ZIRMEMAN, 2007). Todavia, sabe-se que o envelhecimento, vai muito além, de serem só marcas enrugadas pelo corpo, condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais, produzem diferentes representações sociais da velhice e do idoso (SCHNEIDER & IRIGARAY, 2008).

Nesse sentido, ainda corroborando com as idéias dos mesmos autores, que também refletem, sobre uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo.

Conceitualmente, com o avanço da idade, surgem diferentes denominações desse público, e para Neri & Freire (2000), "... às pessoas que já viveram mais tempo ou à fase da vida anteriormente chamada apenas de velhice, ...para estas são utilizados termos mais comuns como: terceira idade, melhor idade, adulto maduro, idoso, velho, meia-idade, maturidade, idade maior e idade madura". Neri & Freire (2000), apud Schneider & Irigaray (2008).

É importante frisar, que outros entendimentos foram evidenciados acerca dessa etapa da vida e como defende Schneider & Irigaray (2008), existem quatro tipos de idade, a cronológica, a biológica, a psicológica e a social, nas quais são definidas respectivamente, como: A idade cronológica mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento, é um dos meios mais usuais e simples de se obter informações sobre uma pessoa. A idade biológica é definida pelas modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento humano, que pode ser compreendido como um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a existência humana. O conceito de idade psicológica pode ser usado em dois sentidos. Um se refere à relação que existe entre a idade cronológica e às capacidades psicológicas, tais como percepção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo (NERI, 2005). E por fim, os autores citam a idade social como sendo uma obtenção de hábitos e *status* social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social.

Tais idades estão relacionadas, e cada uma tem seu grau de importância na descrição e entendimento da pessoa idosa, ao longo de seu envelhecimento. No entanto, percebe-se uma maior relevância quanto aos fatores biológicos e sociais, para compreensão da pessoa idosa na atualidade. Para Moraes (2010,p.151,152):

O envelhecimento biológico é inexorável, dinâmico e irreversível, caracterizado pela maior vulnerabilidade às agressões do meio interno e externo e, portanto, maior suscetibilidade nos níveis celular, tecidual e de órgãos/aparelhos/sistemas. Entretanto, não significa adoecer. Senilidade não é diagnóstico. Em condições basais, o idoso funciona tão bem quanto o jovem. A diferença se manifesta nas situações em que se torna necessária a utilização das reservas homeostáticas (de equilíbrio) que, no idoso, são mais frágeis. Além disso, cada órgão ou sistema envelhece de forma

diferenciada. A variabilidade é, portanto, cada vez maior à medida em que envelhecemos.

Em concordância com o exposto, Silva, Medeiros e Brito (2019), partem do entendimento que a velhice, do ponto de vista biológico, é percebida como um desgaste natural das estruturas orgânicas que, com isso, passam por transformações com o progredir da idade, prevalecendo os processos degenerativos (CALDAS, 2002).

No imaginário social, o envelhecer está associado com o fim de uma etapa; é sinônimo de sofrimento, solidão, doença e morte. Muitos estudos mostram que a velhice é tratada como um problema social (político e/ou de saúde). A representação que os outros têm da velhice, como perda da autonomia, leva a um estigma de que o idoso é um problema social. Tratar o envelhecimento como um problema social é um profundo desrespeito com aqueles que construíram e sustentaram uma sociedade, com seu poder de decisão e autonomia. E hoje, mesmo não querendo delegar seu direito de decisão a outros, suas opiniões são descartadas e eles são tratados como um encargo para a sociedade (JARDIM, MEDEIROS, e BRITO, 2019).

Dessa maneira, entende-se a necessidade de dialogar e pensar alternativas de políticas públicas em consonância com o surgimento de novas linhas de pensamento, atividades, e discussões relacionadas ao processo de envelhecimento da pessoa idosa, pois, até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida (BRASÍLIA, 2005).

No tópico a seguir, será discutido acerca da trajetória da implantação e implementação de estratégias como forma de viabilizar e conseqüentemente garantir o direito de acesso ao atendimento junto à política de saúde, para a pessoa idosa.

3 IDOSO, SAÚDE E DIREITO: A trajetória da regulamentação em vigor

O processo de crescimento da população idosa tem despertado na sociedade, o interesse em conhecer e compreender com mais atenção, quem é a pessoa idosa na conjuntura atual, como também, suas características, em quais contextos estão inseridos, e de que forma essas pessoas têm seus direitos garantidos por lei. Dessa maneira é possível entender que conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), atualmente no Brasil há uma comprovação que aponta para o crescimento da população idosa, chegando esse aumento a representar em 8 (oito) vezes a mais que os jovens, e quase 2 (duas) vezes mais que a população total. Nesse seguimento, se faz necessário entender todo esse processo de envelhecimento como forma de perceber os desafios que as políticas públicas deverão enfrentar nos próximos anos.

Para tanto, importa situar que o envelhecimento da população mundial não possui precedentes e tende a evoluir com o decorrer do tempo. Durante o século XX, a proporção de pessoas idosas aumentou e, muito provavelmente, essa tendência se manterá durante o século XXI. Ao fim de 2007, 10,8% da população mundial possuía 60 anos ou mais. Projeta-se, para o ano de 2025, que a porcentagem de pessoas idosas alcance 15,1% e que, em 2050, chegue a 21,7% (NAÇÕES UNIDAS, 2009).

Visto que a população idosa só tende a crescer, em escala mundialmente, fez-se necessário, que houvesse organizações, no sentido de promover eventos, para expandir conhecimentos e diretrizes a respeito desse novo modelo de mundo.

A exemplo, tem-se a Convenção Internacional de Direitos Humanos para as Pessoas Idosas, um grandioso evento utilizado como instrumento, para ampliar o debate e discussões acerca da temática do idoso, como também uma estratégia utilizada para dar maior visibilidade e reconhecimento, seja no âmbito nacional como internacional. Importa ressaltar que uma norma internacional vinculativa, a outras regulamentações vigentes, ajuda a prevenir todo e qualquer tipo de discriminação institucional pautada na idade (NOTARI, FRAGOSO, 2011).

Tal tipo de discriminação está presente em quase todas as sociedades, e impede as pessoas idosas de alcançarem seu potencial completo, e participarem de maneira igualitária em suas comunidades. Assim, ao fornecer uma estrutura normativa básica, a convenção ajuda a estabelecer parâmetros para a formulação de leis nacionais, definindo de maneira clara as obrigações dos Estados-membros para com os direitos das pessoas idosas. Da mesma forma, reforça e complementa os documentos internacionais sobre envelhecimento (NOTARI, FRAGOSO, 2011)

Desta forma, percebe-se que após a realização da I Assembléia Geral sobre Envelhecimento, em Viena, em 1982, a preocupação do governo brasileiro com a temática do Idoso ganhou força (MHA NOTARI, 2011).

Então, partindo dessas premissas, é de extrema importância, conhecer conceitualmente quem é a pessoa idosa. Conforme, a Constituição Federal Brasileira de 1988, pode-se dizer que a idade para identificação da pessoa idosa no Brasil é igual ou superior a 60 (sessenta anos). Os art. 2 e 3 da CF (1988), respectivamente, trazem em seus parágrafos, frases e citações, a importância dos direitos fundamentais da pessoa idosa, como também a responsabilidade da família, sociedade e governo, para com os idosos, como poderemos acompanhar:

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Em se tratando da realidade brasileira, a Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994 (Lei n. 8.842/1994), criou normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Essa lei foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos Estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria e várias entidades representativas desse segmento, que elaboraram um documento que se transformou no texto base da lei.

Dentre muitos direitos importantes, podemos destacar alguns que são essenciais a um envelhecimento digno e adequado, são eles: o direito à saúde, ao trabalho, a igualdade, a educação, a participação política, ao desenvolvimento, a

valorização de sua condição econômica, a viver livre da violência, ao meio ambiente acessível e as medidas específicas de proteção. De igual modo, pode-se citar conceitualmente, dentro de cada direito, os artigos que desempenham com clareza de informações, os direitos básicos à pessoa idosa (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2006)

Nesse sentido, evidencia-se por meio da CF de 1988 o, direito à saúde, respaldado no art.15 que assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

No tocante ao direito ao trabalho, o art. 26 aponta que o idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas. Do direito a igualdade o art. 10, fala da obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

Nos art. 20 e 21, temos respectivamente, o direito a educação, onde diz que o idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade e o Poder Público como criador de oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados.

O direito a participação política, no art. 10, segue como obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

No direito ao desenvolvimento, entende-se pelo art. 8, que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos da lei do estatuto do idoso e das legislações vigentes. No que tange, o direito a valorização da sua condição econômica, o art. 29, cita a obrigatoriedade do Estado, com os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social, onde observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram a contribuição, nos termos da legislação vigente.

O direito de viver livre da violência é compreendido no art. 9, que fala da obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. Servindo também para o direito ao meio ambiente acessível, onde existam condições salubres de habitação, e higiênicas em seu redor e comunidade.

Por último e não menos importantes, temos o direito as medidas específicas de proteção a pessoa idosa, onde os art. 43 e 44 respectivamente, reforçam as aplicações dessas medidas, sempre que os direitos reconhecidos neste estatuto forem ameaçados ou violados, e as medidas de proteção ao idoso previstas nesta neste estatuto, poderão ser aplicadas, isolada ou cumulativamente, e levarão em conta os fins sociais a que se destinam e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Da mesma forma, após a elaboração do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento, em 2002, a preocupação com a pessoa idosa volta a tornar-se central para o Brasil. Diante desse exposto, podemos acrescentar, como

documento oficial, na garantia dos direitos da pessoa idosa, o Estatuto do Idoso, regulamentado pela lei nº 10.741(dez mil, setecentos e quarenta e um), de 1º (primeiro) de outubro de 2003 (dois mil, e três). Nele encontra-se minuciosamente, os princípios regulamentadores e constitucionais, que garantem a pessoa idosa, viver a velhice, de forma que seus direitos possam ser assegurados e exercidos, independentemente dos contextos nos quais possam estar inseridos. Com ele, foram beneficiados mais de 16 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Nesse seguimento, pode-se afirmar, que com a promulgação da constituição de 1988, e a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), criado como resposta as insatisfações da população, passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde. Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros e realiza por ano cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Os desafios, no entanto, são muitos, cabendo ao Governo e à sociedade civil a atenção para estratégias de solução de problemas diversos, identificados, por exemplo, na gestão do sistema e no subfinanciamento da saúde (falta de recursos). Paralelamente à realização de consultas, exames e internações, o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos. Além da democratização da saúde (antes acessível apenas para alguns grupos da sociedade), a implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre o qual a saúde era interpretada no país. Até então, a saúde representava apenas um quadro de “não-doença”, fazendo com que os esforços e políticas implementadas se reduzissem ao tratamento de ocorrências de enfermidades. Com o SUS, a saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas (FIOCRUZ, 2018).

Nesse contexto, entende-se o SUS, através dos princípios da integralidade, da universalidade e da gratificação dos serviços de saúde, que estes, para o público idoso, são de grande valia, visto que, em sua maioria, pelas condições físicas, mentais e sociais, como já citado ao longo deste trabalho, é a população que mais carece dos atendimentos de saúde oferecidos pela política pública de saúde. Dessa maneira, pode-se citar como resultado do princípio da integralidade, a política nacional de atenção básica (PNAB):

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil - único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuita – está

enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no País. (Brasília, 2012, p. 9).

Então, partindo dessas premissas, é de extrema importância, se conhecer a política nacional de atenção básica, desde suas características conceituais, estruturais e de atendimento aos usuários. Em suma, pode-se compreender que a atenção básica, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidades de saúde ou sofrimentos devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Dando continuidade, a atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. Tem como fundamentos e diretrizes: I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade; II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

Portanto, pode-se compreender na Política Nacional de Atenção Básica, que está considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Sobre suas funções da atenção básica, temos: contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos

graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASÍLIA, 2012).

Ainda sobre a Atenção Básica, esta desenvolve o processo de trabalho das equipes, conforme características que se seguem abaixo:

I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes; Política Nacional de Atenção Básica 41 II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários; III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis; IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências; V - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada; VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários; VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras; IX - Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município,

visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas; X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral; XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados Política Nacional de Atenção Básica 43 com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos. (BRASÍLIA, 2012, p. 40-43)

Da mesma forma, ainda dentro do processo de trabalho das equipes que compõem a atenção básica, existem as atribuições profissionais comuns a todos os membros dessas equipes. Sobre essas atribuições estão:

I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; II - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; III - Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); IV - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; V - Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; VII - Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; VIII - Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade; X - Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; XI - Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho; XII - Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica; XIII - Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; XIV - Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe; XV - Participar das atividades de educação permanente; XVI - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; XVII - Identificar parceiros e recursos na comunidade que

possam potencializar ações intersetoriais; e XVIII - Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASÍLIA, 2012, p. 43-45)

Em detrimento a toda essa percepção, acerca da Política Nacional de Atenção Básica, e todas as suas especificidades. Adentar-se-á, no próximo tópico, como se desenvolve a relação entre a atenção básica e a pessoa idosa.

3.1 A atenção básica e a pessoa idosa

De modo geral a política de saúde, aponta para princípios e valores que estão diretamente vinculados aos cuidados com o indivíduo e com a pessoa idosa, não deve ser diferente, considerando que é um sujeito de direito, portanto, nos documentos normativos, a exemplo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem-se a orientação acerca dos valores da ética, do profissionalismo e da participação, e expressa o acerto na definição pelo Ministério da Saúde de revitalizar a Atenção Básica a Saúde no Brasil.

Assim antes de chegar a nova PNAB, com atenção voltadas para os princípios e diretrizes alinhavadas nos Pactos pela Vida, em Defesa pelo SUS e de Gestão, a Secretaria de Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica apresentou, na Comissão Intergestores Tripartite, o desempenho da nova Política Nacional da Atenção Básica. A experiência acumulada nos diferentes níveis de gestão serviu como estratégias complementar para facilitar a regulamentação da Atenção Básica. Pode-se afirmar assim que a PNAB chegou através de várias discussões ao processo final, trazendo uma fundamentação no eixo transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação. Essa nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidade para cada esfera do governo, assim com a infraestrutura e recursos necessários, que traz como característica o processo de trabalho e as atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo especificidades das estratégias Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Aos poucos com o processo histórico a Atenção Básica foi se fortalecendo, e foi constituindo-se como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), servido como ponto de partida para estruturação dos programas locais de saúde. Entretanto, com sua aprovação e publicação no ano de 2006, trouxe como marca a maturidade para com a Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2006).

Dentro dos princípios básicos, a atenção básica traz uma característica peculiar, um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que tem com proposta principal a promoção e proteção da saúde, desde o diagnóstico participativas ao tratamento para a reabilitação e manutenção da saúde. Todo este trabalho é desenvolvido por meio de práticas democráticas por parte de um gerenciamento de medidas sanitárias considerando sempre os aspectos territoriais que vivem essa população (BRASIL, 2006).

Para tanto, a Atenção Básica faz uso da tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade que deve sempre resolver problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É no contato preferencial dos usuários do sistema de saúde, que traz a orientação pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado com o vínculo e continuidade, da

integralidade, da responsabilidade, da humanização, da participação social (BRASIL, 2006).

Desta forma, pode-se destacar, de acordo com a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 na atenção básica como seus fundamentos principais:

- I – Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviço de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados, como porta de entrada preferencial a saúde de qualidade, como território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da equidade;
- II – Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrações pragmáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção a saúde, prevenção de agravos, vigilância a saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III – Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre a equipes e população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV – Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI- Estimular a participação popular e o controle social.

Podendo ser definida como área estratégica dentro da atenção básica, com atuação dentro de todo território nacional a eliminação de algumas doenças como a hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da pressão arterial, o controle da diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da mulher, a saúde dos idosos, a saúde bucal e a promoção a saúde (BRASIL, 2006).

Quanto ao que diz respeito às pessoas idosas, seja assegurada de seus direitos quanto a política de saúde, é importante elencar o papel que a atenção básica exerce em relação ao atendimento voltado a essa categoria. Dessa maneira, a Atenção Integral a Saúde das pessoas com 60 anos ou mais, traz para a pessoa idosa, a promoção e a manutenção de sua capacidade funcional, a autonomia e a inserção na família e na comunidade para um envelhecimento ativo e saudável. Conceitualmente, a Atenção Básica seria o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, esta orientação se dá através dos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2014).

Como pode-se perceber, o Ministério da Saúde lá no ano de 1994, adotou o programa saúde da família usando como meios várias estratégias para dar prioridade a organização da Atenção Básica e por conseguinte a estruturação do Sistema de Saúde. Assim, o programa saúde da família, trabalha na perspectiva do uso de práticas interdisciplinares, desenvolvidas através de equipes que se responsabiliza pela saúde da população, dentro de sua área de cobertura do ponto de vista de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e dando a devida atenção as diferentes necessidades dos grupos populacionais.

No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, suas ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para a atuação nas dimensões da cultura e social. Portanto, com o objetivo de orientar as práticas das equipes multiprofissionais da atenção básica o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2006,

elaborou o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, sendo esse adotado como um instrumento a ser usado para o fortalecimento da atenção básica, no tocante aos atendimentos voltados a pessoa idosa. Mas para que essas ações sejam desenvolvidas, cabe ao gestor do município investir em uma educação permanente para os profissionais da atenção básica e saúde da família, voltadas para a saúde da pessoa idosa (PNAD/2008).

Como é sabido, a humanização e o acolhimento do atendimento são muito importantes na atenção básica, e para a pessoa idosa é muito mais relevante, uma vez que em sua maioria, não tem a atenção, cuidado e zelo necessários, e essa prerrogativa está definida no Estatuto do Idoso (2009). Através desse trabalho humanizado, pode-se evidenciar um dos princípios do SUS, nos atendimentos diários, e é através desse movimento que o Ministério da Saúde, motiva a valorização dos usuários e dos profissionais de saúde. Ressalta-se ainda que nesse atendimento humanizado abre-se várias possibilidades para identificação das diversas questões das expressões da questão social, sejam elas relativas a gênero, à geração, à origem, à cor/raça, idade, orientação sexual, econômica, de pertencimentos a outros povos, a seguimentos culturais diferenciados ou vivendo em situações especiais (BRASIL, 2004).

Em relação ao direito a saúde, o estatuto do idoso considera em seu art. 15, que

É assegurado a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção e especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2009, p.13).

Todavia, a Política Nacional de Humanização (PNH/1994), traz uma perspectiva de uma oferta de dispositivos – tecnologias e modos de como operar, destacando se o acolhimento que traz um modo de acolher no processo de trabalho em saúde e como dar atenção a todos que procuram o serviço de saúde sempre com um acolhimento e escuta qualificada para lhe dar um atendimento adequado e digno de quem dele precisar.

Já na implementação da Política Nacional do Idoso (1994) são de competências dos órgãos e entidades públicas, na área de promoção e assistência:

Prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais; estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento com o idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas- lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; promover simpósios, seminários e encontros específicos; planejar, coordenar, supervisionar, e financiar estudos, levantamentos e pesquisas sobre a situação social do idoso (BRASIL, 2010).

Assim, na atenção básica as principais ações que devem ser realizadas são:

- Implementação Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- Desenvolvimento de ações de educação permanente junto as regionais e aos municípios, abordando temas relacionados ao fortalecimento de ações em Saúde do Idoso na Atenção Básica, ao envelhecimento saudável, a

prevenção a violência, a prevenção da violência, a prevenção a quedas, entre outros de acordo com a demanda dos usuários (REIS, 2016, p.158).

Quanto às diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no SUS, se dar através da portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, a articulação em rede de modo geral, na organização da atenção e de práticas clínicas que se expressam na incoerência entre as ofertas de serviços e as necessidades de atenção (MENDES, 2010).

Para tanto, através do SUS foi adotado a rede de atenção à saúde surgindo assim estratégias para conseguir resolver problemas vivenciados na gestão do sistema e na saúde, trazendo uma grande concorrência entre os serviços, e o uso inadequado de recursos com a elevação, o aumento das doenças crônicas surgindo a necessidade de monitoramento e avaliação. Dentro deste contexto, pode-se observar que a Rede de Atenção à Saúde (RAS), são arranjos organizativos formando por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de uma forma complementar de uma base territorial, tendo como atributo: a atenção básica como primeiro ponto de atenção principal porta de entrada do sistema, constituída por uma equipe multidisciplinar que cubra toda a população, integrando e coordenando o cuidado para atender as necessidades da saúde, conforme apregoa a Portaria 4.279/2010 que estabelece as diretrizes para a organização da RAS (MALTA, 2010).

Contudo, a utilização dos pontos de atenção da RAS, a partir da orientação e organização do cuidado proposto pelo modelo de atenção à saúde da pessoa idosa teve como motivação:

- Estreitar e aperfeiçoar a articulação em equipe da atenção básica e as demais equipes dos demais componentes da RAS, para garantir maior resolutividade dos cuidados prestados a população idosa nos territórios e acompanhamentos sistemáticos dos casos mais complexos.
- Buscar melhores resultados sanitários nas condições crônicas, diminuição das referências para especialistas e hospitais, aumento da eficiência do sistema de saúde, produção de serviços mais custos efetivos e melhoria na satisfação dos usuários em relação ao serviço de saúde.
- Ampliar e qualificar o acesso a pessoa idosa ao SUS, a partir das suas especificidades (MENDES, 2011, p. 217).

Destarte, a Atenção Básica de Saúde, primeiro nível de atenção, deve atuar como porta de entrada dos usuários no sistema de saúde. Ou seja, o primeiro atendimento. No Brasil a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas devendo ser seu contato de preferência do usuário a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017).

Por isso, se torna fundamental se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017).

No Brasil existem diversos programas do governo que tem relação com atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família que traz serviços multidisciplinares as comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), como exemplo: consultas, exames, vacinas, entre outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas UBSs. Os pontos de atenção ambulatorial especializada, pontos secundários da Redes de Atenção à Saúde, apresentam grande importância nessa rede articulada de ações e serviços. Historicamente, a

assistência ambulatorial de média complexidade possui alguns problemas recorrentes, a exemplo da ausência de planejamento, não observação das necessidades /perfil da população, acesso baseado na oferta de serviços; incorporação tecnológica acrítica, serviços com baixa resolutividade, baixos investimento sem qualificação profissional, insuficiência dos parâmetros técnicos e epidemiológicos existentes e a baixa regulação da oferta existente pela “ gestão pública” (OPAS, 2010,p.65).

No entanto a articulação em rede em um fator estruturante para a superação desses obstáculos. No tocante no que diz respeito a saúde da pessoa idosa, algumas estratégias ganham destaque tais como: conformação da equipe multiprofissionais com a formação em saúde da pessoa idosa; a educação permanente e a capacitação dos profissionais e cuidadores; a atenção aos idosos em contexto com a fragilidade etc. Mendes destaca, por exemplo que “os atendimentos contínuos de idosos frágeis deve se ter como foco a avaliação e monitoramento da capacidade funcional, a avaliação e monitoramento dos medicamentos, a redução dos riscos de queda e o monitoramento do autocuidado e do trabalho dos cuidadores da família”. (IBGE, 2019.).

Vale ressaltar que ao serem definidas as linhas do cuidado, qualifica-se a demanda aos serviços especializados. Nesse sentido os pontos de atenção hospitalar especializada deverão integrar a rede de cuidados da pessoa idosa em especial as frágeis ou em risco de fragilização a partir da oferta do acolhimento, estratificação de riscos e cuidado nas situações de vulnerabilidade clínica e social, é essencial qualificar o atendimento na Rede Hospitalar e na urgência e emergência, investindo na acessibilidade e em ações de auto cuidado, promoção da independência funcional e autonomia, segurança do paciente além do apoio aos cuidadores e familiares (OPAS, 2010, p. 65).

As ações intersetoriais apresentam destaque entre as diretrizes na Política Nacional de Saúde da População Idosa, que reforça que o processo de envelhecer deve ser acompanhado de qualidade de vida ativa, e com o menor grau de dependência funcional possível, o que exige investimentos na promoção a saúde em todas as idades. Existem idosos que vivem abaixo da linha da pobreza, analfabetos, acometidos por acidentes de trabalho, amputados por arteriopatas, hemiplégicos, com síndromes demências e acamados. Cabe também incluir os idosos institucionalizados os que sofrem de violência e abusos, os idosos que perderam seus vínculos familiares/afetivos e demandam cuidados cotidianos, os dependentes que moram com familiares que precisam sair de casa para trabalhar e contribuir com a renda familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

À vista disso, considerando a diversidade da pessoa idosa e suas necessidades, entende-se que a articulação entre diferentes políticas setoriais são necessárias, de forma que sejam realizadas ofertas específicas de cuidados, que contribuirão para uma atenção integral. Ou seja, a organização do cuidado intersetorial, para que a essa população seja garantida a integralidade da atenção à saúde, como também a potencialização da rede de solidariedade no território, evitando desta forma, duplicidade de ações e corrigir distorções. Essa atuação intersetorial requer compartilhamento de responsabilidades com outros setores, e no que se refere à população idosa, serão priorizadas junto às políticas de Assistência Social e Direitos Humanos.

4 O SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE E SUA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO A PESSOA IDOSA NA SAÚDE

Como evidenciado ao longo desse estudo, pode-se afirmar que a velhice não é um fenômeno novo, considera-se novo o entendimento sobre os processos de envelhecimento. Nesse contexto, o serviço social tem se apresentado como uma das profissões que se preocupa com a questão do envelhecimento na sociedade capitalista. Essa profissão vai se constituindo a partir de sua inserção nos serviços prestados via políticas públicas e sociais, dentre elas, aquelas que tomam a velhice como seu público referenciado. Nessa toada, a velhice e os processos de envelhecimento vão se configurando como questões das quais os assistentes sociais devem se apropriar, uma vez que se deparam cotidianamente com idosos que buscam, em seu trabalho, respostas as suas demandas.

Desta forma, de acordo com as mudanças que tem ocorrido com o aumento da população idosa, considera-se de suma importância a atuação do Serviço Social para a promoção a Saúde dos Idosos e seus direitos instituídos pelas Políticas Públicas do país, e esse profissional compõe a equipe técnica interdisciplinar que articula estrategicamente intervenções, como possibilidade de alcance desse direito. Entretanto, o Serviço Social é entendido como uma prática social que se desenvolve com a responsabilidade social junto aos sujeitos, aos seus direitos individuais, junto à humanidade, aos direitos coletivos, prospectivos e de bem estar (CARVALHO, 2011).

Segundo Reis (2016), é através do Serviço Social que se deve incentivar e viabilizar relações sociais e familiares de modo que o envelhecimento seja tomado como processo de sociabilidade. Para garantir o direito do idoso faz-se necessário o fortalecimento das políticas de atenção aos idosos. Deve trabalhar em conjunto com profissionais da equipe multidisciplinar e “somar esforços nas ações cotidianas e no fortalecimento de parcerias para a concretização dos direitos dos idosos, sobretudo garantido o tripé da seguridade social: saúde, previdência e assistência social” (RIOS; REIS, 2016, p.157).

Portanto, na contemporaneidade, o serviço social brasileiro é reconhecido por sua inserção na divisão social e técnica do trabalho, cabendo aos assistentes sociais a ocupação de cargos e funções na esfera dos serviços, cuja atuação é centrada nas expressões da “questão social”, que manifestam as “[...] consequências bárbaras [...] da raiz dos processos de acumulação de capital [...] redundam em um sistema irracional, gerador de crises contínuas, que torna descartáveis uma soma considerável de trabalhadores, condenando-os ao pauperismo e à miséria (LARA; MARANHÃO, 2019, p.59). É uma profissão socialmente necessária e historicamente determinada, cuja atuação é tensionada pelas contradições inerentes à sociedade capitalista (TORRES, 2020). Nesse sentido, poder-se-á observar, no subtópico, os relatos e vivências do (a) assistente social, na Unidade Básica de Saúde Dr. Chico Porto.

4.1 Relatos e vivências a partir do olhar do serviço social, na Unidade Básica de Saúde Dr. Chico Porto

Para a construção deste subtópico, foi realizado uma entrevista estruturada contendo 6 (seis) perguntas, em que foi possível evidenciar como ocorre o acolhimento ao idoso, como o profissional do serviço social, executa seu fazer profissional, bem como compreender como ocorre os atendimentos no âmbito da saúde. Assim, uma primeira indagação realizada, foi acerca das possibilidades e desafios da assistente social na mediação de direitos da pessoa idosa na UBS, e a

profissional afirmou que essa mediação se dar cotidianamente, pois muitas pessoas não compreendem que o idoso tem atendimento prioritário, e que em sua grande maioria precisa haver um trabalho mais educativo, de sensibilização, para que esse idoso tenha seu direito efetivado sem grandes constrangimentos, como fica claro em sua fala:

Olhe assim, eu acho que a dinâmica do posto em si com relação a primeira porta de entrada, não é até chegar aos outros atendimentos, a gente sempre discuti sobre é esse mesmo acolhimento com o idoso, a gente sempre tem essa preocupação e um olhar diferenciado, tanto para o idoso, como para a criança, porque a gente sabe que muitas vezes, o idoso é mal interpretando com a relação aos usuários quando eles buscam algum direito, aqui a gente já teve vários problemas. Por exemplo, de idosos que chega, aí ele tem prioridade no atendimento, então, é assim um trabalho diário, a gente fica nessa dinâmica diária e trabalha tanto com os profissionais, para criar também esse entendimento dele com relação aos direitos dos idosos como também dos próprios usuários que buscam o serviço, muitas vezes eles não entendem. Então assim, algumas coisas a gente consegue encaminhar. A gente não tem aqui um trabalho específico com o idoso, mas a gente dentro da transversalidade, agente inclui. Por exemplo, a maioria dos idosos da nossa área, eles têm hipertensão, tem diabetes, eles são acometidos de uma dessas duas, ou até das duas doenças, e aí quando a gente formou um grupo de hipertenso, na verdade agente formou um grupo de idosos, porque jovens, agente só conseguiria ter uns dois, então nesses espaços, e também era em outros espaços que a gente também falava da política dos idosos. O que é que nós temos hoje de direito para o idoso? São espaços de atendimentos, espaços de coletividade e que tenta inserir essa política. 'Tá' certo?! Mas assim, nós temos hoje um trabalho específico com o idoso não. Esse trabalho se dar diariamente e também, nós temos discussões com relação a política de saúde e também lá fora, porque a gente sabe que muitas vezes o direito lá fora do idoso também são negados na família, nos espaços que eles atuam, então assim, a escuta com o idoso é bem diferenciada. Essa semana chegou uma idoso que ele tinha um outro agravante, ele tinha uma deficiência física, usava muleta, então 'tava' todo mundo sentado lá. Vou citar um exemplo né? 'Tava' todo mundo sentado e aí quando ele chegou que eu perguntei, ele disse que queria marcar uma ficha. Eu disse: Não, o senhor não vai ficar aguardando. A ficha é para o senhor? Ele disse: É! Então eu já conversei primeiramente com os demais, para eles entenderem que ali, ele não estava sendo um privilégio dele, era um direito [...] lei não é criado do nada, então, a gente sabe que as leis geram muitas discussões, então é mais ou menos por esse caminho (ASSISTENTE SOCIAL).

Conforme estatuto do idoso é direito deste, a prioridade nos atendimentos, em todas as suas circunstâncias e contextos. Nesse sentido, a UBS Chico Porto, faz uso dessa garantia de direitos, para que seus usuários, sejam contemplados, como aponta o art. 71 do Estatuto do Idoso, quando afirma que

É assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância.

§ 1º O interessado na obtenção da prioridade a que alude este artigo, fazendo prova de sua idade, requererá o benefício à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que determinará as providências a serem cumpridas, anotando-se essa circunstância em local visível nos autos do processo.

§ 2º A prioridade não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de 60 (sessenta) anos.

§ 3º A prioridade se estende aos processos e procedimentos na Administração Pública, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, ao atendimento preferencial junto à Defensoria Pública da União, dos Estados e do Distrito Federal em relação aos Serviços de Assistência Judiciária.

§ 4º Para o atendimento prioritário será garantido ao idoso o fácil acesso aos assentos e caixas, identificados com a destinação a idosos em local visível e caracteres legíveis.

§ 5º Dentre os processos de idosos, dar-se-á prioridade especial aos maiores de oitenta anos. (Lei nº 13.466, de 2017)". (BRASIL, 2003).

Outra indagação foi acerca de como o assistente social consegue efetivar as legislações vigentes, no caso do Estatuto do Idoso, principalmente na questão dos direitos, como pode-se observar na fala da entrevistada.

A gente se volta muito para a questão de atendimento de prioridade, no atendimento é na questão das marcações do paciente, porque assim como agente da área da saúde agente e se volta muito para esse olhar, 'mais' o que não impede, por exemplo, que os maus tratos que tenha na comunidade, com a gente aconteceu no ano passado na pandemia, nós 'tinha' um caso de maus tratos familiar que até culminou na morte do idoso [...] Na área mais já existia um trabalho na assistência com esse idoso. [...] o Idoso já vinha sendo acompanhado pela assistência a gente aqui da UBS, a gente define bem o que é da saúde e o que é da assistência, a gente também dentro da saúde, nós temos alguns idosos [...], eles fazem acompanhamento de saúde mental, alguns fazem né?! Que já é do nosso conhecimento, são aqueles casos mais críticos, nós temos os idosos acamados que a gente sempre faz visitas, nessa pandemia faz 2 anos, que nós não 'faz' visitas, só pontuais, 'mais' a agente de saúde, e eu também, trabalho nessa perspectiva de algum caso na área, suspeito de negligência, de maus tratos, que a agente seja comunicada, então é mais ou menos dessa forma que [...] a gente vai inserindo os idosos e tendo um olhar dentro dessa política maior (ASSISTENTE SOCIAL).

Para Yasbeck (1996, p.24), "o serviço social é uma profissão mediadora, pois transita, no campo das políticas sociais e assistência na concretização da tarefa reguladora do Estado na vida social". Em vista disso, considerando que o assistente social, é um profissional que se utiliza de intervenções para que os direitos dos usuários sejam garantidos, e nesse contexto, como vimos na fala da profissional, media e articula, com a rede de políticas públicas, para Pontes (1996,p.53) pode-se citar que a mediação é determinada "como sendo a categoria central da articulação entre as partes de uma totalidade completa, sendo responsável pela possibilidade da passagem entre o imediato e o mediato. É a mediação a categoria responsável pela possibilidade do concreto, porque é síntese de determinações".

Um próximo questionamento foi acerca do reconhecimento enquanto profissional do serviço social, se ela percebe que os idosos são conhecedores dos seus direitos, e especificasse quais, caso ele tivesse esse entendimento e foi possível evidenciar em sua fala que

Dentro da saúde ele conhece, inclusive eles questionam quando chega, agente teve um exemplo, eu enquanto assistente social, eu já tive dificuldade com gerentes que não entendia a política, e aí a gente teve que entrar em um debate assim bem complicado, 'mais' graças a Deus, que depois houve a aceitação, porque para muitos né?! É ainda é difícil aceitar,

por exemplo, a questão da fila né? Da prioridade no atendimento, ainda é mais difícil aceitar, porque alguém diz assim: Ah, 'mais' eu trabalho e tenho horário para chegar. 'Mais' aqui não estamos discutindo horários, agente está discutindo algo bem maior. [...] Eles também buscam já falar da questão da prioridade em alguns serviços, tem idosos por exemplo, que fala na questão das fraldas, dos acamados e porque são tantas coisinhas, por menores, não é?! Ele tem direitos a fralda, só que política ela ainda é muito limitada, porque ela não fornece essa fralda, por exemplo, para um mês ela oferece um desconto, ela não é gratuita, é apenas um desconto, que muitas vezes esse desconto ele não, ele se torna até superior a muitos descontos que eles conseguem comprar, 'mais' também muitos idosos que reconhece a questão do benefício e em detrimento de uma doença, principalmente para aqueles pacientes, por exemplo, não é pela LOAS, entendeu porque tem muito idoso que eles não são, e eles pagam [...] e aí para eles que tem a idade, e também tem a doença [...] o idoso que já na faixa etária dos 60 anos, já poderiam procurar a UBS, porque dentro daquela complicação de saúde, eles também poderiam ter direitos e benefícios. Então assim, muitas coisas eles identificam, 'mais' eu acho que eles desconhecem essa política maior, que é o Estatuto do Idoso. A promotoria eles já identificam, os serviços jurídicos eles também já identificam, 'mais' assim eu acho que eles identificam algumas leis, talvez aquelas em que em algum momento irá precisar ou alguém o orientou, ou até a gente aqui o orientou, entendeu?!.

Em relação ao acesso à informação, nessa fala, entende-se o fazer profissional do assistente social, como um orientador nas direções a garantia de direitos dos usuários, para Mito (2017, p. 3-4), "Os processos socioassistenciais correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas, a partir de demandas singulares, no âmbito da intervenção direta com os usuários em contextos institucionais". Considera-se que a orientação e o acompanhamento, tradicionalmente vinculados ao atendimento de demandas singulares de indivíduos, grupos e famílias, configuram-se como ações socioeducativas que se desenvolvem nos processos socioassistenciais e que se articulam organicamente com os processos de planejamento e gestão e com os processos político-organizativos. Resumindo, concebe-se que a lógica das ações socioeducativas, realizadas no escopo dos processos socioassistenciais, está centrada nos usuários, enquanto sujeitos de Direitos.

Outra indagação foi acerca de como ocorre o fluxo do atendimento na UBS, e como se dar essa articulação com os demais profissionais da unidade e a profissional afirma que

O SAME é a porta de entrada, pela UBS, é o SAME. Só que muitos idosos que faz acompanhamentos, já são acompanhados pelo Serviço Social, ou qual quer outro médico, muitas 'vez' ele direciona para aquele atendimento 'mais' o caminho a ser feito por outros, seria acolhida, seria o SAME e a partir do SAME direcionar, só que é... Como eu digo já existia trabalho aqui de sensibilizar os profissionais, para a questão dos atendimentos ao Serviço Social. Desde que eu cheguei aqui, em 2012, eu sempre tive esse cuidado, que as pessoas 'entendessem' o nosso trabalho, porque muitos casos poderiam ficar perdidos, não é?! Pelo caminho, casos que era para o Serviço Social, porque muitas vezes as pessoas [...] direciona para outros. [...] quando ela chegou aqui ela trouxe o encaminhamento de ginecologista, por que ela me procurou? Porque ela tinha o nome urgência, então o que é que a médica do serviço ou do posto, ela sempre tem esse cuidado de quando é um caso que merece, um acompanhamento, um olhar diferenciado principalmente com o idoso ela pede para falar com assistente social, porque a gente já discutiu sobre isso né?! Porque o que é que

acontece muitas vezes, quem recebe não tem nem esse olhar de ver que é uma urgência ou não é as referências quando chega, elas primeiro passa por uma pasta de arquivo para ver para depois ser direcionado para uma consulta ou cada exame existe uma pasta específica, então isso pode demorar o que uns dois dias ou três, dependendo da demanda, e aqui já otimiza, ou seja eu já vou, eu tenho outros setores ou outras instituições da rede que agente pode buscar apoio não se restringe só ao sistema de saúde do município. Por exemplo a gente já teve encaminhamentos para a UNP, que agente consegue para ambulatorios da UNP, da FACENE, a Faculdade de Medicina, eu tenho contato porque lá eles atendem por agendamento, a gente não pode se limitar principalmente em casos de urgências, a gente vai tentando vários caminhos. [...] Não foi do jeito que a gente costuma realizar, alguém quebrou a lógica, então quando quebra essa lógica, é o fluxo o bom senso quando isso é quebrado, gera mal estar tanto para alguns até para o próprio paciente (ASSISTENTE SOCIAL).

Como evidenciado na fala da profissional do serviço social, entende-se a articulação dos profissionais que compõem a política de saúde, como primordial para que haja resultados positivos às demandas dos usuários. O trabalho interdisciplinar, para Pires (2009, p.8.):

No que se refere às relações entre profissionais/usuários e familiares, a atuação interdisciplinar propicia um outro modo de relacionar-se com o usuário/familiar, estimulando a percepção e a atenção às suas necessidades, além daquelas relacionadas à doença ou ao motivo que os levou a buscar os serviços de saúde.

Para tanto, é preciso observar, que os profissionais, estejam com seus vínculos fortalecidos, no sentido de acolher os usuários, compreender seus anseios e necessidades, além do que está exposto visivelmente, possibilitando que estes sejam encaminhá-los aos respectivos serviços de atendimento. É importante lembrar, que o usuário é um sujeito de direitos e este tem o poder de propagar a qualidade de atendimento de uma instituição, e quais profissionais estão inseridos como aceitáveis ou não, conforme seus atendimentos. Nessa perspectiva, quanto ao serviço social, o trabalho interdisciplinar “requer construir uma prática político-profissional que possa dialogar sobre pontos de vista diferentes, aceitar confrontos de diferentes abordagens, tomar decisões que decorram de posturas éticas e políticas” (CFESS, 2011, p. 27).

Outra rebuscação, foi acerca de como ocorre as estratégias de intervenção do Serviço Social para a efetivação dos direitos dos Idosos aqui na UBS, na qual a profissional explana os desafios de conciliar a carga horária com o atendimento das demandas, como ficou identificado

[...] muitas vezes a gente aqui tem uma carga horária de 20h, quer que acontece? Uma carga de 20h muitas vezes a gente não dá conta da demanda, porque além de ser 20h, olhe o que acontece, 20h é de segunda a sexta com dois médicos, toda a demanda da tarde ela retorna pela manhã e aí eu lhe digo falta demanda para o serviço social? Não. Falta assistente social, para dar conta das demandas, então assim é, antes a gente já tinha discussões com o NASF que trabalhava voltado para o idoso.... Por exemplo a gente fazia alguns ações coletivas especificamente para esse grupo, o que foi que aconteceu o NASF foi transferido e aí a gente continuou com os atendimentos normais e veio a Pandemia, assim, do tempo que eu cheguei para cá, houveram umas mudanças em termos de trabalho coletivo, porque até então os trabalhos era mais dentro da UBS, então a gente começou a fazer um trabalho no mês de novembro, que é o trabalho com homens e também passa a ser com os idosos,

pois querendo ou não o câncer de próstata começa aos 40 anos, mais atinge mais essa população idosa, não é uma temática que é específica do idoso, a saúde do homem ela também entra como específica a faixa etária e jovem e entra também o idoso, então todas as ações que a gente fazia voltada tinha esse olhar para com o idoso só que quando o NASF, até então agente tinha esses trabalhos só que quando começou a Pandemia de 2 anos pra cá eu lhe digo que agente não tem mais técnicos que tinha, a gente não tem mais campanhas que a gente realizava praticamente todos os meses fazia campanhas não tem mais....E eu acho que esses meninos do grupo vão ajudar muito a gente a retomar, porque? porque esses 2 anos de Pandemia, o que restou para a gente foi que essa mobilização em relação a vacina, o distanciamento, o isolamento que acabou que é quebrado um pouco desses trabalhos....[...] Então assim nos temos por exemplo, um período antes da Pandemia, que faltava muita medicação, e que essa medicação quem estava mais sendo afetado era os idosos, nessa época agente chamou o grupo, chamou ai eu conversei com os médicos e ai agente começou a fazer um trabalho de ver os encaminhamentos para os idosos para a farmácia popular que era onde não estava faltando essas medicações, né?! era uma situação da época e foi antes mesmo da Pandemia então a gente começou a fazer esse trabalho com eles os idosos por exemplo, quando vinha buscar a medicação eles choravam, porque eles não tinha condições de comprar, eles ganhavam um salário mínimo, e a gente viu que a coisa 'tava' prejudicando então a gente tentou ver outra questão que foi as receitas para eles fazerem o cadastro orientando a fazer o cadastro na farmácia popular [...] Agente aqui também cobra a presença da família junto aos idosos, não é a gente já encontrou na área idosos moram só, e ai agente conseguiu que a família, um responsável alguém que quisesse acolher, inclusive essa semana eu tive um retorno que uma idosa que estava morando em Quixabeirinha atualmente com a irmã, então esses casos muitas vezes faz com a assistência, agente liga para um CRAS para ver como eles podem nos ajudar 'tá' certo? Fazer essa intersectorialidade também buscando os caminhos dentro da rede e as possibilidades dentro da rede (ASSISTENTE SOCIAL).

Conforme os relatos da profissional, consegue-se entender em seu fazer profissional, na política de saúde, os desafios diários, persistentes ao acompanhamento com a pessoa idosa. Para tanto, MEDEIROS (2020, p.384) apud (GOLDMAN, 2008, p. 170-172), esclarece que

Retomando a especificidade da atuação do (a) assistente social junto às pessoas idosas, deve-se considerar que há no aparato legal e institucional uma ferramenta eficiente para contribuir na orientação dos idosos rumo à construção de um projeto que viabilize usufruir direitos em direção à cidadania, dando-lhes condições para que possam lutar por seus direitos e serem sujeitos de suas histórias, compatibilizando a atuação profissional com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Nesse sentido, cabe explicitar, de modo breve, algumas áreas de atuação do (a) assistente social junto aos idosos e suas particularidades nos dias de hoje, sobretudo nas áreas da Saúde: Hospitais da rede pública e privada; Postos de Saúde; Instituições Asilares (de Longa Permanência); Campanhas comunitárias de vacinação e prevenção de doenças; Prevenção de quedas; Acompanhamento domiciliar; Informação à Família; Formulação de políticas de saúde; Orientação, assessoria e consultoria aos movimentos de usuários da saúde que contemplem demandas dos idosos, não de forma exclusiva e outras atividades.

E dessa maneira, seguindo o exposto acima, no sentido do acompanhamento domiciliar, sendo um instrumento técnico-operativo do serviço social, foi nos

inquietado, um último questionamento, não menos importante, de como ocorre às visitas domiciliares? E se estas estão sendo feitas?

Pronto, já houve, já chegamos a retomar só que teve um aumento e de caso, então está meio assim voltando aos poucos, está meio ao período a gente sabe que janeiro e fevereiro teve um aumento muito grande nos casos e então nesse período se restringe mesmo há alguns casos, algumas necessidades que vão surgindo que os agentes de saúde se identificam. 'Mais' agora já foram retomados, inclusive já temos agendados, que já temos outras visitas já agendadas, antes dos meninos (alunos da residência) chegarem já estava acontecendo esses agendamentos certo mais é acreditado que agora a gente até já está com uma nova etapa numa perspectiva de não ser mais Pandemia. Agente fez uma visita quarta feira né e foi uma assistente social, foi um psicólogo, foi a enfermeira a gente fez a visita a três irmãs aqui pertinho na área identificado pela gente mais que já estava agendado não é mais depois agente discute toda a visita junto com todos os olhares e foi uma visita bem produtiva solucionamos alguns casos da visita[...] (ASSITENTE SOCIAL).

Concordantemente com os relatos acima, pode-se compreender, que a visita domiciliar é um dos instrumentos mais utilizados pelo serviço social com a pessoa idosa, é nela que se pode identificar as relações familiares, como pode-se evidenciar, Silva e Moura (2016,p.112)apud Freitas e Freitas (2003, p. 60-61) afirmam que “a visita domiciliar consiste na coleta de dados observando no próprio local de vida familiar, onde há maior espontaneidade”, pois os envolvidos estão em seu território, o que permite captar “elementos que revelam o modus vivendi”, e que ainda expressa a “valorização do local do núcleo físico do grupo.” Uma vez que “permite uma observação dinâmica do indivíduo na relação com seu meio social: padrões culturais (usos e costumes) e atendimento da necessidade básica de abrigo e segurança”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da realização da presente pesquisa evidenciou-se diversas problemáticas essenciais para o processo de formação e aperfeiçoamento profissional em Serviço Social, especialmente, para aqueles profissionais que desejam sua inserção na política social de saúde. Assim, torna-se perceptível que a política de saúde, no Brasil, ainda possui diversos desafios no que tange a sua plena operacionalização nos moldes do sistema único de saúde – SUS, pois, conforme supracitado, ainda há disputas políticas entre os principais projetos para área da saúde, o projeto privatista e o projeto universalista.

Nesse sentido, também se ressalta que o/a assistente social atuando no âmbito do SUS deve promover a socialização de informações e conhecimentos para os/as usuários sobre seus direitos e possibilidades de encaminhamentos, além de contribuir, junto a equipe técnica multidisciplinar para com o princípio da humanização dos atendimentos na saúde. Outra perspectiva que não pode fugir dos apontamentos finais é a questão do fomento a participação popular, que, o/a assistente social deve incentivar sempre que possível.

Há muitas contradições e antagonismos presentes nos processos relacionados a oferta da saúde para a população usuária, e é justamente nesses processos contraditórios e antagônicos que os/as profissionais do Serviço Social se inserem, enquanto agentes promotores de direitos e garantias fundamentais, posicionando-se em prol da garantia dos direitos de cidadania da classe

trabalhadora e promovendo acessos intersetoriais, especialmente quando está atuando junto a um segmento social tão violentado e oprimido em nossa sociedade, como é o caso das pessoas idosas.

Portanto, fica nítido que os profissionais do Serviço Social devem empreender intervenções embasadas pelos referenciais teórico-metodológicos e ético-políticos do Serviço Social, mas também, pelas legislações e diretrizes de proteção da pessoa idosa. Sendo assim, destaca-se que a realização desse estudo possibilitou um engrandecimento teórico-prático gigante, e, sobretudo, o anseio profissional e pessoal de nos inserirmos na área, bem como, de desenvolver mais estudos e reflexões acerca dessa política pública que, por sua vez, configura-se como imprescindível para toda e qualquer sociedade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção Básica**. In Serie: Pactos pela Saúde, v. 4, Brasília, DF. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 20 março 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 15 abril 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Aprova o Estatuto do Idoso e da outras providencias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 16 março 2022.

FILHO, Antônio Santana de castro. **A mediação de conflitos como recurso utilizado pelo Assistente Social em unidade de saúde**. Rio de janeiro. 2014. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/K228228.pdf. Acesso em: 3 abril 2022.

IRIGARAY, Tatiana Quarti; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/LTdtHbLvZPLZk8MtMNMZyb/?lang=pt>. Acesso em: 22 abril 2022.

JEAN, Rémy; PIRES, Denise Elvira de Pires; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família**. Ciência Saúde coletiva. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NxLM758P8PyYpZZyHdqWNMD/?lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2022.

MARTINS, Valter; ZAIDAN, Laís Silva Gomes. **O Trabalho do Assistente Social frente as demandas intersetoriais**. Jornada Internacional Políticas Públicas, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo2/otrabalhodoassistentesocialfrenteasdemandasintersetoriais.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

MEDEIROS, Flavia Cavalcante Nicolis de; **A Intervenção do Serviço Social Direcionada aos Idosos: Particularidades e Desafios** *In* O Social em Questão, vol. 23. Num. 48. 2020. P. 363-384. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264320015/552264320015.pdf>. Acesso em: 13 março 2022.

MORAIS, Edgar Nunes. **Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso.** *In* Envelhecimento e Saúde da Pessoa idosa P.152 Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf. Acesso em: 22 abril 2022.

NERI, Marina Liberalesso. **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos.** Campinas, Papirus. 2004 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/GjMh8KSmhj8VnvJmVGXK5hP/?lang=pt>. Acesso em: 03 Maio 2022.

NOTARI, Maria Helena de Aguiar; FRAGOSO, Maria Helena J.M. Macedo. **A inserção do Brasil na política internacional de direitos humanos da pessoa idosa.** *Direito Penal e Outros. Rev. Direito GV*, 7. Jun 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/68HhdCMKd7rxf7M7Mh7s3fs/?lang=pt>. Acesso em: 14 abril 2022.

POPULAÇÃO IDOSA brasileira deve aumentar até 2060. Produção do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA. Brasil, 2018. 2 min e 14 seg. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33875. Acesso em: 20 abril 2022.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima; YAZBEK, Maria Carmelita. **Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil.** Katál. Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 102-110, jan./jun. 2014.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento Ativo: uma política de Saúde.** Tradução Suzana Gontijo. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. 2005. P. 60 il.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice, aspectos biopsicossociais**, reimpressão 2007, artmed, 2000. Disponível em: https://www.academia.edu/16699998/ZIMERMAN_Guite_Velhice_Aspectos_Biopsicossociais. Acesso em: 24 abril 2022.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pela profissional entrevistada.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Este é um convite para você participar da pesquisa “O Fazer Profissional do Serviço Social Junto à Pessoa Idosa na Saúde. Um olhar acerca da saúde e

proteção social”, que tem como pesquisadoras responsáveis: Elisângela Oliveira Santos e Jennie Rafaella Barboza da Silva Nogueira, esta pesquisa pretende analisar os idosos assistidos pela Unidade Básica de Saúde – UBS, Dr. Chico Porto, no município de Mossoró/RN. E possui como objetivos específicos: Compreender de que forma se dá a operacionalização do fazer profissional do serviço social na UBS Dr. Chico Porto; Identificar as estratégias de intervenção do serviço social para a efetivação do direito a pessoa idosa; perceber como ocorre o processo de articulação intersetorial no acompanhamento da pessoa idosa com as demais políticas setoriais. No momento da entrevista, será necessária a gravação de voz por meio de aparelho smartphone (celular) para que suas respostas sejam analisadas de forma completa em outro momento. Esses questionários serão aplicados no seu ambiente de trabalho ou em outro ambiente que você considere seguro para garantir a sua privacidade.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos, como: Constrangimento ao responder perguntas da entrevista; Desconforto por conta da gravação de voz; Perda de informações sigilosas pelo uso de smartphone e formulários impressos; Tomar tempo das colaboradoras ao responder aos questionários. Esses riscos poderão ser minimizados por meio das seguintes medidas que serão tomadas pelas pesquisadoras: Garantia do sigilo em relação a todas as suas respostas e informações pessoais, sendo o material coletado confidencial de acesso apenas pela pesquisadora responsável e sua orientadora acadêmica; Realização da entrevista em espaço seguro que garanta a sua privacidade; Garantia de liberdade para não responder questões que causem constrangimento e/ou qualquer outro incômodo; Garantia de escuta atenta e abordagem humanizada que proporcione a construção de um ambiente acolhedor; Garantia de não divulgação de seus dados pessoais e demais informações que possam lhe identificar de forma, a fim de preservar seu anonimato; Garantia de interrupção da entrevista a qualquer momento a seu pedido, sem causar danos e/ou prejuízos a você.

Este estudo apresenta uma possibilidade indireta de benefício às participantes voluntárias tendo em vista que, por contribuir com a literatura que discute o problema de estudo, pode-se ocorrer melhoria na prestação de serviços públicos na comunidade por meio de equipamentos sociais como a UBS, como a realização de atendimentos e ações direcionadas às maiores necessidades da população, como atividades em grupo com potencial de promover mais qualidade de vida e discussão de temas como saúde e direito dos idosos.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Fernanda Kallyne Rêgo de Oliveira no telefone: (84) 9 9980-4948 ou enviando e-mail para o endereço eletrônico fernandakallyne@unp.br

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 05 (cinco) anos. Você não deverá ter qualquer gasto com essa participação nessa pesquisa, todo e qualquer despesa que possa vir a surgir, será assumida pelas pesquisadoras e reembolsado para vocês. Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Enquanto, as objeções a respeito da conduta ética poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa-UnP, no endereço Av. Senador Salgado Filho, 1610 – Lagoa Nova ou pelo telefone (84) 3215-1219.

Como pesquisadoras responsáveis pelo estudo: O Fazer Profissional do Serviço Social Junto a Pessoa Idosa na Saúde: A realidade da UBS Dr. Chico Porto em Mossoró/RN, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirei as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

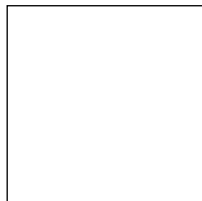
Consentimento Livre e Esclarecido:

Declaro que compreendi os objetivos e procedimentos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos, e concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Nome do participante da pesquisa:

Assinatura do participante da pesquisa: _____.

Impressão Datiloscópica:



Nome do Coordenador da pesquisa: Fernanda Kallyne Rêgo de Oliveira.

Assinatura do Coordenador da pesquisa: _____.

Mossoró, //2022.

Apêndice 2 – Roteiro de entrevista realizado com a Assistente Social da UBS Dr. Chico Porto.

1. Analisando as possibilidades e desafios da assistente social na mediação de direitos da pessoa idosa na UBS:
2. Como você consegue efetuar as legislações vigentes, no caso do Estatuto do Idoso, principalmente na questão dos direitos?
3. Você reconhece que os idosos são conhecedores dos seus direitos? Eles reconhecem algum direito? Se sim, qual?

4. Como ocorre o fluxo do atendimento na UBS? Como se dar essa articulação com os demais profissionais?
5. Como ocorre as estratégias de intervenção do Serviço Social para a efetivação dos direitos dos Idosos aqui na UBS?
6. E como ocorrem as visitas domiciliares? Estão sendo feitas?