

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**DANÚBIA DE BRITO RODRIGUES SILVA**

**O DIREITO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM CONSONÂNCIA COM O  
SERVIÇO SOCIAL**

**FRANCA-SP  
2024**

DANÚBIA DE BRITO RODRIGUES SILVA

**O DIREITO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM CONSONÂNCIA COM O  
SERVIÇO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestra em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: trabalho e sociedade. Linha de pesquisa: Serviço Social e Políticas Públicas

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Josiani Julião Alves Oliveira  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Agda Gonçalves

S586d Silva, Danúbia de Brito Rodrigues  
O DIREITO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM  
CONSONÂNCIA COM O SERVIÇO SOCIAL / Danúbia de Brito  
Rodrigues Silva. -- Franca, 2024  
95 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista  
(Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca  
Orientadora: Josiani Julião Alves de Oliveira  
Coorientadora: Carla Agda Gonçalves

1. Política de Saúde. 2. Direito de Saúde da Pessoa Idosa. 3.  
Serviço Social. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados fornecidos pelo autor(a).

*Dedico esse trabalho aos amores da minha vida Andressa Orlando, Rodrigo Rodrigues e Sebastião Junior. Sem a compreensão, apoio e afeto de vocês essa dissertação não seria possível. Gratidão!!!*

## AGRADECIMENTOS

De todos os momentos passados na Pós-Graduação, este certamente é o mais prazeroso, como não vibrar, e não sentir a sensação de dever cumprindo ao ver esta dissertação finalizada, após um intenso processo de aprendizados e construção deste trabalho entre choros e risos. Os agradecimentos se tornam uma tarefa difícil, já que foram muitas as pessoas que contribuíram, cada uma à sua maneira para minha chegada até aqui, como agradecer conforme o enunciado sugere, sem parecer injusta, então agradeço a todos/as sem exceção. Mas peço a humilde licença para fazer alguns agradecimentos nominalmente a algumas pessoas que foram imprescindíveis em tornar possível a conclusão de mais uma etapa acadêmica da minha vida.

Primeiramente agradeço a Deus que me concedeu a vida; e sempre esteve ao meu lado me mostrando que nada é impossível quando se busca e se tem Fé.

E em especial agradeço à minha família, ao meu pai Paulo Rodrigues (*in memoriam*), a minha amada Mãe Eunília Amaral, pelo seu amor, carinho, respeito e valores que formaram parte de quem eu sou, e aos meus irmãos Getúlio, Ana Clara, Ana Paula e Flávia, e aos meus sobrinhos Getúlio Júnior, Gabriel, Rafael, Mateus, Nicole, Paulo Neto e Julia. Todas as palavras aqui escritas jamais serão suficientes para expressar o meu amor por vocês.

Ao meu esposo Sebastião Júnior e aos meus filhos Andressa e Rodrigo a quem dedico essa dissertação, obrigada pelo carinho, compreensão, acolhimentos e afetos prestados nessa caminhada. *“Eu tenho tanto pra lhe falar, mas com palavras não sei dizer como é grande o meu amor por vocês e não há nada para comparar para poder lhe explicar como é grande o meu amor por vocês” [...]*

A minha prima irmã Camila Rodrigues e minha tia Gercina, pelas conversas, amizade, pelo apoio, carinho, cuidado e por me apoiarem nas minhas piores versões.

A todos/as professores/as das Pós-Graduação do curso de Serviço Social da Unesp de Franca, pelos ensinamentos e as trocas de conhecimentos, os quais foram essenciais para que eu pudesse finalizar este processo com êxito.

Aos amigos de vida e aos colegas de pós, mas em especial a amiga Laurita Bom Despacho a quem a pós me presenteou, obrigada pela acolhida, carinho, partilhas, escuta, contribuições, fortalecimento nos momentos difíceis. Foi um prazer poder vivenciar com você a morada em Franca-SP.

Agradeço a minha amiga de vida Adêlaine obrigada amiga por estar comigo em todos os momentos em que me senti só e frágil. Amizade é a luz da vida!!

Estendo ainda os meus agradecimentos à orientadora e coorientadora, Professora Josiani Julião e Professora Carla Agda, mulheres extraordinárias. Agradeço imensamente pela compreensão, carinho, disponibilidade de escuta em meus momentos de aflições, pelas intervenções críticas e ensinamentos durante o processo de orientações.

A minha eterna gratidão a todos e todas que fizeram dessa caminhada, pois ela foi um momento de conhecimento e de busca pelos meus sonhos!

## RESUMO

A presente dissertação teve como objetivo geral analisar a partir das dissertações, como se apresentam os direitos de Saúde da Pessoa Idosa na Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa, particularizando o trabalho do/a Assistente Social neste cenário. No que concerne aos aspectos metodológicos consiste em uma pesquisa bibliográfica, de caráter quanti-qualitativo, tendo por direcionamentos características de pesquisa que se completam e inter-relacionam, quais sejam: a pesquisa documental e a metodologia do Estado da arte. Mediante a isto, convém salientar que se realizou durante todo o processo de elaboração desta pesquisa, a partir das categorias conceituais: Saúde, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o trabalho do/da assistente social na saúde e a Pessoa Idosa. No que tange à pesquisa documental, esta foi realizada a partir de Leis, documentos oficiais, entre outros de domínio público e *sítes* com dados estatísticos, por fonte primária ou secundária. A análise se deu por meio da metodologia denominada como Estado da arte, elaborada a partir das dissertações publicadas na Biblioteca Digital Brasileira (BDTD), entre os anos de 1999 a 2023, em Língua Portuguesa. Este estudo teve como universo o quantitativo de 5 dissertações da área do Serviço Social que abordaram sobre os direitos de saúde da pessoa idosa e o trabalho do/a assistente social na saúde com essa faixa etária. Dos resultados obtidos denotam, ainda, uma fragilidade na efetivação dos direitos à saúde da pessoa idosa, bem como a necessidade de discussões, estudos e pesquisa sobre o trabalho do/a Assistente Social na área da saúde com este público.

**Palavras-chave:** Política de Saúde; Legislações; Pessoa Idosa; Serviço Social; Trabalho.

## ABSTRACT

The general objective of this dissertation was to analyze, from the dissertations, how the Health Rights of Elderly Persons are presented in the National Health Policy for Elderly Persons, particularizing the work of the Social Worker in this scenario. Regarding methodological aspects, it consists of bibliographical research, of a quantitative and qualitative nature, with research characteristics as directions that complement each other and interrelate, namely: documentary research and state-of-the-art methodology. In view of this, it is worth highlighting that this research was carried out throughout the process of preparing this research, based on the conceptual categories: Health, National Health Policy for the Elderly, the work of the social worker in health and the Elderly. Regarding documentary research, this was carried out based on Laws, official documents, among others in the public domain and websites with statistical data, through a primary or secondary source. The analysis was carried out through research called State of the Art, drawn up based on dissertations published in the Brazilian Digital Library (BDTD), between the years 1999 and 2023, in Portuguese. This study had as its universe the quantity of 5 dissertations in the area of Social Service. The results obtained also indicate a weakness in the implementation of the health rights of elderly people, as well as the need for discussions, studies and research on the work of Social Workers in the area of health with this population.

**Keywords:** Health Policy; Legislations; Elderly; Social service; Work

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

- AVD -Atividades básicas da vida diária
- BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertação
- CAPS -Centros de Atenção Psicossocial
- CEAS - Centro de Estudos e Ação Social
- CFESS- Conselho Federal de Serviço Social
- CRESS-Conselhos Regionais de Serviço Social
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- ESSRJ -Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- NOB - Normas Operacionais Básicas do Sistema de Saúde
- WHOQOL - World *Health Organization Quality of Life*
- OMS - Organização Mundial de Saúde (OMS)
- PEPP -Projeto Ético Político da Profissão
- PUC-SP- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
- PNI- Política Nacional do Idoso
- PNAB -Política Nacional de Atenção Básica
- PNH - Política Nacional de Humanização
- PNSPI-Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- SUS -Sistema Único de Saúde
- SUDS -Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- UPAs -Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO 1 SAÚDE NO BRASIL E A INTERFACE COM A PESSOA IDOSA.....</b>	<b>17</b>
1.1 A SAÚDE NO BRASIL APÓS A PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 .....	17
1.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PARA PESSOA IDOSA.....	23
<b>1.2.1 Arcabouço jurídico, administrativo e político na garantia de direitos da Pessoa Idosa.....</b>	<b>26</b>
1.3 ENVELHECER NO BRASIL: DADOS DEMOGRÁFICOS, VELHICES E CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO NA VIDA PESSOA IDOSA.....	29
<b>CAPÍTULO 2 SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE JUNTO À PESSOA IDOSA.....</b>	<b>39</b>
2.1 MARCOS HISTÓRICOS DO DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO.....	39
<b>2.1.1 O/a Assistente Social como Trabalhador/a .....</b>	<b>47</b>
2.2 APONTAMENTOS SOBRE O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	54
<b>2.2.1 O Trabalho Do/a Assistente Social na Área da Saúde no Atendimento à Pessoa Idosa.....</b>	<b>58</b>
<b>3. ESTADO DA ARTE SOBRE DIREITOS DE SAÚDE PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL: O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL .....</b>	<b>62</b>
3.1 PERCURSO METODOLÓGICO .....	62
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....	66
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA.....	68
3.4 ESPECIFICAÇÃO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO E O ESTATUTO DA PESSOA IDOSA.....	71
3.5 PARÂMETROS DE ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE.....	75
3.6 DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE COM A PESSOA IDOSA.....	79
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo intitulado **“O direito de saúde da pessoa idosa em consonância com o Serviço Social”**, aborda os direitos de saúde da Pessoa Idosa em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, particularizando o trabalho do/a Assistente Social frente a essa temática.

De acordo com Albuquerque (2003. p. 149) “[...] o envelhecimento faz parte do nosso ciclo de vida, como a infância e a juventude.” Neste sentido, o envelhecimento faz parte da nossa trajetória, sendo um fenômeno histórico e cultural, em que toda população passa como um processo natural da vida. O conceito de envelhecimento surgiu no fim da década de 1990, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a entender o processo de envelhecimento para além dos cuidados com a saúde. Esse conceito envolve políticas públicas que promovam melhora da qualidade de vida, em todos os âmbitos (Amorim; Pessoa, 2014).

Partindo do pressuposto que a saúde é um fator fundamental na vida da população em geral e, em especial, na vida da pessoa idosa. Deste modo, é necessário efetivar políticas públicas que sejam capazes de atender às diversas necessidades da população e, sobretudo, das que envelhecem.

A Constituição de 1988 no artigo 196, define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo garantida através de políticas sociais e econômicas que objetivam a redução do risco de doenças e outros agravos. Essas garantias são frutos de lutas e conquistas construídas a partir de diversos sujeitos, possibilitando romper com seu modelo sanitarista campanhista<sup>1</sup> para o modelo de saúde sendo um direito universal constituído e garantido legalmente.

Esse novo contexto de saúde, definido como um direito de todos e dever de Estado, objetivou uma nova concepção, criado em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo seus princípios e diretrizes regulamentado através das leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990. Outro avanço significativo foi o estabelecimento da participação popular na gestão do sistema de saúde, nascendo assim uma nova

---

<sup>1</sup>O modelo sanitarista campanhista – “influenciado por interesses agroexportadores no início do século XX – baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram em sua maioria, às camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960”. Para mais, ver; <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>.

compreensão, deixando de ser focada na ausência de doença, passando a ser vista e pensada como qualidade de vida.

O SUS através de seus princípios direciona a inserção de um modelo de atenção à saúde que priorize a Descentralização, a Universalidade, a Integralidade da atenção, a Equidade e o Controle Social, ao mesmo tempo em que incluem, em sua organização, o princípio da territorialidade para proporcionar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde.

Vale ressaltar que as conquistas na área da saúde que é expressa na Constituição de 1988 e a criação do SUS não são recentes, mas advém de inúmeros processos e manifestações iniciados e implantados com o Movimento de Reforma Sanitária<sup>2</sup>. Este movimento compreendia a sociedade como peça fundamental na construção, elaboração e avaliação desse modelo de saúde no SUS, buscando a autonomia da população no processo decisório com vistas à cidadania plena.

Com o propósito de reorganizar a prática assistencial<sup>3</sup> é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na expectativa da intersetorialidade, se denominando não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Neste sentido, convém salientar que a política de saúde ganha sua materialidade através de ações e políticas de segmentos e setoriais dentre elas a Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa, sendo o foco desta dissertação, entendendo a pessoa idosa em seu universo de direito em suas construções históricas e que permeiam as contradições em sua materialidade. Inserido nesse contexto de contradições, que é o campo das políticas públicas, está o/a Assistente Social, um profissional que busca em sua atuação a viabilização de direitos nas mais diversas áreas, uma delas é na garantia de direitos da pessoa idosa.

---

<sup>2</sup>“O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente às aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde” (Souto; Oliveira, 2016, p.205).

<sup>3</sup> Práticas assistenciais compreendem um conjunto de atividades prioritárias e rotineiras, em nível microssocial, realizadas no processo de trabalhos das EqSF, que atendem aos atributos específicos à Atenção Primária à Saúde – APS (porta de entrada preferencial, longitudinalidade, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar e orientação para comunidade (Santos *et al.* 2012, p.2.68).

Entretanto, no cotidiano se percebe desconcompassos entre o que está colocado e sua materialidade, e esses desconcompassos geram questionamentos e desencadeiam estudos acadêmicos. Diante o exposto, é que se faz necessário o estudo ora proposto, para compreender o que as pesquisas têm demarcado sobre o direito à saúde da pessoa idosa e os desdobramentos do trabalho do/a Assistente Social junto à pessoa idosa.

Diante disso, convém salientar que essa dissertação condiz com o interesse da pesquisadora, a partir de sua realidade de formação ao longo da trajetória acadêmica e como profissional de saúde no município de Itaberaí/GO. À partir dessas experiências, foram emergindo inquietações, em aprofundar sobre o trabalho profissional do/a Assistente Social na área da saúde. Diante disso, este estudo se estruturou por meio, da seguinte problemática: como se apresentam os direitos de saúde da pessoa idosa na Política Nacional de Saúde, particularizando o trabalho do/a Assistente Social neste contexto?

Para a realização e desenvolvimento desse estudo se fez necessário a utilização de métodos e técnicas, com intuito de alcançar o objetivo geral proposto nesta dissertação que foi analisar a partir das dissertações como se apresentam os direitos de Saúde da Pessoa Idosa na Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa, particularizando o trabalho da/o Assistente Social neste cenário.

Os objetivos específicos se pautaram em: estudar a historicidade da política de saúde no Brasil após a Constituição de 1988, analisar as legislações de garantia de direito à pessoa idosa com foco na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Compreender o que caracteriza uma Pessoa Idosa no Brasil bem como, o trabalho do/a Assistente Social na saúde com essa faixa etária.

O método usado para este estudo, foi materialismo histórico-dialético, uma vez que:

[...] de base materialista, procura, por meio de um método dialético, compreender as transformações sociais que ocorrem na sociedade, sendo este inseparável do materialismo histórico. A partir do momento que ocorre uma transformação ou mudança também se transforma e muda a história por meio da ação do homem sobre a natureza. Sendo assim, o materialismo histórico e dialético é um método de análise do desenvolvimento humano, levando em consideração que o homem se desenvolve à medida que age e transforma a natureza e neste processo também se modifica (Pereira, Franciole, 2011, p.96).

No que se refere a natureza da pesquisa, ela se caracteriza como quanti-qualitativa, que se completam e inter-relacionam. Vale ressaltar que a pesquisa quantitativa é uma abordagem da pesquisa social que utiliza a quantificação nas

modalidades de coleta de informações e no seu tratamento, mediante técnicas estatísticas (Michel, 2005).

Freqüentemente são utilizadas quando se necessita garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise de interpretação e possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências, ou seja, são projetadas para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística. A pesquisa quantitativa é conseguida na busca de resultados exatos evidenciados por meio de variáveis preestabelecidas, em que se verifica e explica a influência sobre as variáveis, mediante análise da freqüência de incidências e correlações estatísticas (Michel, 2005).

No que tange a abordagem qualitativa se recorreu a Minayo (1999) que explicita que não podemos encontrar a verdade com o que é certo ou errado, ou seja, devemos ter como primeira preocupação a compreensão da lógica que permeia o processo que se dá na realidade, ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

Estas abordagens ocorrem por meio das pesquisas bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica teve sua construção com o aporte teórico acerca das categorias conceituais: Saúde, Política Nacional de Saúde a Pessoa Idosa, e trabalho das/os Assistentes Sociais na área da saúde, e Pessoa Idosa, e por outras que surgirem no processo. Tais categorias conceituais serão obtidas através de referências bibliográficas, em artigos do meio acadêmico e indexações diversas, bem como dissertações e teses.

De acordo com Gil (2002), por pesquisa bibliográfica se entende a leitura, a análise e a interpretação de material impresso. Entre eles, livros, documentos mimeografados ou fotocopiados, periódicos, imagens, manuscritos, mapas, entre outros. Nesse sentido, os livros constituem as fontes bibliográficas por excelência. Em função de sua forma de utilização, podem ser classificados como de leitura corrente ou de referência:

[...] que a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem a uma análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas (Gil, 2002, p. 44).

Em relação à pesquisa documental, foram realizadas a partir de leis, decretos, dados estatísticos, documentos oficiais dentre outros documentos disponíveis eletronicamente, seja por fonte primária ou secundária. Em outro estudo Gil (2008), evidencia que a pesquisa documental tem muita semelhança com a bibliográfica. A diferença está na natureza das fontes, pois desta forma vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Além de analisar os documentos de primeira mão, documentos de arquivos, igrejas, sindicatos e instituições. Existem também aqueles que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas entre outros.

Neste percurso, se recorreu à metodologia do Estado da Arte a qual, foi elaborada a partir da análise das dissertações publicadas na Biblioteca Digital Brasileira (BDTD), foram analisados os direitos à saúde da pessoa idosa em consonância com a Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa (PNSPI), na particularidade do/a trabalho do/a Assistente Social na área da saúde junto à pessoa idosa entre os anos 1999-2023, marco temporal que ocorreu a aprovação e regulamentação, da Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa pela Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999; ressalva sua atualização pela portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

Essa metodologia foi composta de dois momentos indissociáveis que reiteram as abordagens já sinalizadas, quantitativa e qualitativa, quais sejam: de acordo com Ferreira, no primeiro momento, “é aquele em que ele interage com a produção acadêmica através da quantificação e de identificação de dados bibliográficos, com o objetivo de mapear essa produção num período delimitado, em anos, locais, áreas de produção” (Ferreira, 2002, p. 265).

Um segundo momento, de acordo com Ferreira (2002):

É aquele em que o pesquisador se pergunta sobre a possibilidade de inventariar essa produção, imaginando tendências, ênfases, escolhas metodológicas e teóricas, aproximando ou diferenciando trabalhos entre si, na escrita de uma história de uma determinada área do conhecimento. Aqui, ele deve buscar responder, além das perguntas “quando”, “onde” e “quem” produz pesquisas num determinado período e lugar, àquelas questões que se referem a “o quê” e “o como” dos trabalhos (grifos do autor) (Ferreira, 2002, p.265).

A metodologia do Estado da Arte<sup>4</sup> pode significar uma contribuição importante na constituição do campo teórico de uma área de conhecimento, pois procura identificar os aportes significativos da construção da teoria e prática pedagógica, apontar as restrições sobre o campo em que se move a pesquisa, as suas lacunas de disseminação, identificando experiências inovadoras investigadas que apontem alternativas de solução para os problemas da prática e reconhecer as contribuições da pesquisa na constituição de propostas na área focalizada (Romanowski; Ens, 2006).

No que diz respeito à análise dos resultados, os mesmos foram analisados de acordo com as categorias: Sistema Único de Saúde, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Política Nacional da Pessoa Idosa, Estatuto da Pessoa Idosa e Parâmetros de atuação do Serviço Social na saúde e o trabalho do/a assistente social na saúde com essa faixa etária. As análises dos conteúdos foram construídas após o desenvolvimento da dissertação, iluminadas pelas referências conceituais já elaboradas e por outras que surgiram no processo investigativo, para que a pesquisa não se tornasse algo fechado e cristalizado, tornando-se, “estéril”. Posteriormente, os resultados dessa pesquisa serão compartilhados por meio de participação em eventos acadêmicos com publicação de artigos sobre a temática e rodas de conversas com os/as assistentes sociais da área da saúde sobre o estudo aprendido no processo da pesquisa.

Com o intuito de responder aos objetivos que se propôs, essa dissertação se encontra estruturada em três capítulos. No primeiro “*Saúde no Brasil na interface com a pessoa idosa*”, este se subdivide em três tópicos que tratam do contexto da Saúde no Brasil após a constituição de 1988, bem como o envelhecer no Brasil, trazendo dados demográficos, condições de vida e de trabalho da pessoa idosa, legislações pertinentes aos direitos da Pessoa Idosa e a garantia de saúde a mesma. No segundo “*Serviço social e o trabalho profissional na área da saúde junto à pessoa idosa*”, apresenta a contextualização da gênese do Serviço Social no Brasil, bem como o trabalho profissional do/a Assistente Social na área da saúde no atendimento à pessoa idosa.

O terceiro capítulo, denominado “*ESTADO DA ARTE SOBRE DIREITOS DE SAÚDE PARA PESSOA IDOSA NO BRASIL: O trabalho do/a Assistente Social*”,

---

<sup>4</sup> Essa metodologia encontra-se mais detalhada no capítulo 3 desta dissertação.

apresenta inicialmente o detalhamento do percurso metodológico da pesquisa, fala do Sistema único de Saúde (SUS), realiza discussão sobre a política nacional de saúde para a pessoa idosa e as suas especificações, comenta ainda sobre os parâmetros de atuação do/a Assistente Social na saúde e analisa o desenvolvimento deste profissional na saúde com as pessoas idosas. Todos estes tópicos, do presente capítulo, foram organizados conforme as dissertações encontradas para análise no *site* da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), o qual se propôs o objetivo central deste estudo.

## **CAPÍTULO 1 SAÚDE NO BRASIL E A INTERFACE COM A PESSOA IDOSA**

A área da Saúde no Brasil, têm passado historicamente por sucessivos movimentos das práticas sanitárias decorrentes das distintas articulações entre sociedade e Estado que definem, em cada conjuntura, as propostas sociais face às necessidades e aos problemas e desafios da política de saúde (Paim; Alves Filho, 1998). Mediante a isto, este capítulo tem por objetivo apresentar a trajetória da Saúde brasileira em seu contexto sócio-histórico tendo como marco a Constituição Federal de 1988 na interface com as ações e serviços voltados à Pessoa Idosa, trazendo elementos do envelhecer no Brasil, bem como as legislações que visam a garantia de direitos sociais à Pessoa Idosa.

### **1.1 A SAÚDE NO BRASIL APÓS A PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

O presente item se fundamenta na premissa que as transformações na área da saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, assumiu um novo caráter advindo de algumas propostas do Movimento de Reforma Sanitária, como é evidenciado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 ao postular que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p.35).

A saúde se constituiu como direito universal e dever de Estado na garantia através de políticas sociais e econômicas com vistas à redução dos riscos de doenças e outros agravos, em uma perspectiva ampliada como qualidade de vida. Esse processo se deu, sobretudo através de tensionamentos advindos da organização popular na luta pelo direito à saúde universal. Os quais foram obtendo conquistas direcionadas a área da saúde, sobretudo com a unificação do Sistema de Saúde. Essa unificação adveio das pressões dos movimentos sociais da década de 1980, decorrendo na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), processo embrionário que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir dos anos de 1990:

Esse novo contexto de saúde, definiu a saúde como um direito de todos e dever de Estado, objetivando uma nova concepção de saúde, mediante os princípios que regulamentam o SUS através das leis nº 8.080 e 8.142 de 1990. Um avanço significativo foi o estabelecimento da participação popular na gestão do sistema de saúde, nascendo assim uma nova compreensão de saúde, deixando de ser focada na ausência de doença, passando a ser vista e pensada como qualidade de vida (Gonçalves, 2006, p. 22)

Essas leis de regulamentação do SUS imputaram a participação da população nas das três esferas de governo com a competência de definir, junto aos usuários, as ações, atividades, metas, financiamento e a fiscalização ao poder público com o intuito de inibir ações inadequadas no uso dos recursos públicos (Gonçalves,2006).

Para Lima, Machado; Noronha (2012), a Lei nº. 8080 estabeleceu três princípios norteadores para o funcionamento do SUS, sendo eles: Universalidade, Equidade e Integralidade. No que se refere à Universalidade, a saúde é vista como sendo um direito de todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar este direito, posto que o acesso às ações e serviços devem ser garantidos a todos/as, independente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

A Equidade, por sua vez, recai na diminuição das desigualdades, embora não reduza a ela apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, elas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais. No que compete à Integralidade, Lima, Machado; Noronha (2012), consideram que este princípio considera as pessoas como um todo, demandando atendimento às suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. O princípio de integralidade pressupõe, ainda, a articulação da saúde com outras políticas públicas, assegurando uma atuação Intersectorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Além dos princípios citados, o SUS é composto por diretrizes como a Descentralização, a Regionalização, Hierarquização e a Participação Popular, buscando garantir o funcionamento desse sistema. Quanto à descentralização, a gestão do sistema implica a transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal, estadual e municipal. Essa transferência ocorre a partir da redefinição das funções e das responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território brasileiro, com a transferência, concomitantemente, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes; federal para estadual e, ainda, ambos com repasse municipal.

A Regionalização implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, levando em conta a divisão político-administrativa do país, mas também

contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo.

Já a Participação Popular, representa inovação do sistema, a garantia da participação da sociedade por intermédio de suas entidades representativas na construção de diretrizes, prioridade para o sistema de saúde e fiscalização dos cumprimentos normativos do Sistema Único de Saúde. Assim, é importante o monitoramento e a avaliação das ações de serviços realizados nas diferentes esferas de governos. A efetivação desse princípio é constituída a partir dos conselhos de saúde e pelas realizações das Conferências de Saúde, que possibilitam um diálogo constante, entre gestores, profissionais e a sociedade (Lima, Machado; Noronha, 2012).

Desse modo, convém salientar que houve a criação de uma nova institucionalidade democrática, originando espaços para colegiados e decisões, como Conselhos, Conferências e Comissões entre outros. Estes direcionamentos resultaram na participação da sociedade na fiscalização, gestão e controle democrático; a saúde passou a ser vista como uma dimensão política com vinculação na democracia (Gonçalves, 2006).

No que tange a Hierarquização, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços; isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas. Estas formas de organização foram divididas em níveis de complexidade, quais sejam: Primário, Secundário, Terciário e Quaternário.

Como explicitado no *site* da comunidade da saúde MV<sup>5</sup>, o SUS é organizado por níveis de atenção. Essa descentralização está encarregada em fornecer um melhor atendimento à população, pois cada um desses níveis (primário, secundário, terciário e quaternário) corresponde a determinado conjunto de serviços assistenciais disponibilizados aos usuários (sendo alguns de maior complexidade e outros mais básicos).

Vale ressaltar que no nível de atenção primária estão as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), conhecidas como postos de saúde, estas possuem a função de criar políticas direcionadas para promoção, prevenção e controle de doenças. Essas ações

---

<sup>5</sup> Disponível em: <http://www.mv.com.br/pt/blog/entenda-os-3-niveis-de-atencao-a-saude-possiveis-no-brasil>. Acesso em: 11 de janeiro de 2023.

são organizadas pela esfera municipal, oferecendo serviços básicos e atendimentos, como marcações de consultas e exames, além de aferir pressão dentre outros.

No que se refere ao nível de atenção secundária, este é composto pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), pelos hospitais e por outras unidades de atendimento especializado, ou de média complexidade, assim como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nestas unidades, podem ser realizados procedimentos de intervenção, tratamento de situações crônicas e de doenças agudas. Além disso, apresentam equipamentos mais sofisticados que no nível de atenção primário e os profissionais envolvidos são médicos de áreas especializadas, como Cardiologia, Endocrinologia, Ortopedia, bem como outros tratamentos especializados e contínuos.

Em relação ao nível terciário ele se refere aos hospitais de alta complexidade, subsidiados pela esfera privada ou pelo Estado. Realizando procedimentos mais invasivos, caso necessário, interferindo em situações nas quais a vida do usuário do serviço está em risco. O aparelhamento deste nível conta com máquinas de tecnologia avançada como equipamentos para ressonância magnética, tomógrafos e hemodinâmicas. O nível quaternário é definido como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Posto que um dos fundamentos centrais da medicina é o "*primum non nocere*", a prevenção quaternária deveria primar sobre qualquer outra opção preventiva ou curativa (Norman; Tesser, 2009).

Mesmo com a conquista do SUS, através de leis orgânicas, houve a necessidade de regulamentação prática do sistema, referendado com a criação das Normas Operacionais Básicas do Sistema de Saúde (NOB). Entretanto, há muitos descompassos na efetivação do SUS na realidade brasileira.

Diante dessa perspectiva de análise, evidencia que, se por um lado o SUS garantiu direitos, por outro lado, a sua efetivação tem alguns descompassos. Isto implica em inferir que há dissonâncias entre o que está posto em lei, e o que realmente é operacionalizado. Dessa forma, na tentativa de sanar essas contradições, foram criadas algumas estratégias, dentre elas a Política Nacional de Humanização (PNH). Mediante a isto, se salienta que dado o objeto deste trabalho optou-se por trazer elementos da Política Nacional de Humanização uma vez que se entende que a mesma é transversal às Políticas existentes no SUS, inclusive na Política Nacional de

Saúde para Pessoa Idosa, a qual será abordada no próximo item.

Sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), Morshel; Barros (2014) versam que, no ano de 2003, houve um investimento para que a humanização deixasse de se configurar por meio de programas isolados, mas como uma política transversal, capaz de radicalizar discussões por sobre a produção de saúde como bem comum, ou seja, como política pública. Dessa forma, nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde passou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) para a PNH, alterando o patamar de alcance da humanização dos hospitais para toda a rede SUS e estabelecendo uma política cujo foco passou, principalmente, para os processos de gestão e de trabalho.

A PNH surgiu como uma das políticas de saúde de abrangência nacional que objetiva a reorganização dos processos de trabalho para a saúde, com propostas de intervenção nas relações sociais, envolvendo trabalhadores, gestores e usuários do SUS com vistas à efetivação dos princípios. No que concerne à humanização:

Para os formuladores da PNH, a humanização não se restringe a *ações humanitárias*, nem é realizada por seres humanos imbuídos de uma *bondade supra-humana* na feitura de *serviços ideais*. A nova humanização é um resultado de novas práticas no modo de se fazer o trabalho em saúde, levando-se em conta o trabalho em equipe adicionado a uma troca de saberes, incluindo os usuários e os profissionais (Moreira *et al*, 2014, p.32).

Outra estratégia formulada na tentativa de sanar as contradições existentes no SUS foi a criação do Pacto pela Saúde. De acordo com as informações do *site* do Ministério da Saúde, o Pacto pela Saúde foi construído em 2006 por gestores do SUS, com a pretensão de ser anualmente revisado conforme os princípios constitucionais do SUS, tendo como ênfase as necessidades de saúde da população, implicando no exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes, quais sejam: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS (Brasil, 2006).

O Pacto pela vida é formado por compromissos sanitários manifestos em objetivos de processos e resultados na análise da situação de saúde do país, com prioridades estabelecidas em âmbito federal, estadual e municipal. As prioridades e objetivos desse pacto são: Saúde do idoso/a; câncer de colo de útero e de mama; Mortalidade infantil e materna; Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção à saúde dentre outros (Brasil, 2006).

Quanto ao Pacto de Gestão, este é direcionado a contemplar os princípios do

SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei n.º 8.080/90 e apontar para a construção de um modelo de atenção à saúde que busque responder aos desafios atuais da gestão e dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira. Dessa forma, o objetivo do Pacto é melhorar a qualidade e a eficiência da gestão do SUS, o mesmo deverá atingir metas sanitárias, para isso, deverá levar a mudanças no modelo de atenção à saúde, por meio da organização do SUS em redes de atenção à saúde, que se articulam em diferentes espaços territoriais, de forma a garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade.

Essas redes de atenção à saúde, coerentes com os princípios do SUS, deverão ser construídas sob a responsabilidade sanitária, estas deverão se adequar à realidade de cada região do País e integrar as ações da promoção da saúde, da atenção básica, da atenção especializada ambulatorial, hospitalar, da vigilância em saúde, da gestão do trabalho e da educação na saúde (Brasil, 2005).

No que diz respeito à dimensão Pacto em Defesa do SUS, este abrange ações concretas e articuladas também pelas três instâncias federativas a fim de reforçar o SUS como uma política de Estado mais do que política de governo, defendendo os princípios basilares do SUS. Entre as prioridades estão estabelecer um projeto permanente de mobilização social que visa o direito de cidadania; assegurar o incremento dos recursos orçamentários e financeiros à saúde; aprovar o orçamento do SUS; divulgar a carta dos direitos dos usuários, entre outros (Brasil, 2006).

De acordo com Lima, Machado; Noronha (2012), as definições para garantia do SUS trazem, também, quando a disponibilidade não for suficiente na garantia da cobertura à saúde para determinada região, são disponibilizados convênios com prestadores da iniciativa privada, isto é, de forma complementar. Desse modo, pode se notar que o SUS não é composto por órgão exclusivo da esfera pública, mas conta ainda com serviços complementares e uma ampla rede de serviços privados quando necessários para garantir o direito universal dos seus usuários. Logo:

Esses convênios da esfera privada foram vinculados, principalmente, às unidades de diagnósticos, terapias e hospitais pagos com verbas tributárias destinadas à área da saúde. O financiamento proveniente das diversas receitas levantadas pela União, Estados e Municípios “permite que o acesso a ações e serviços do SUS não esteja condicionado à capacidade de pagamento prévio das pessoas” (Lima, Machado; Noronha, 2012, p.367).

Diante do exposto, convém salientar que a promulgação da Constituição Federal de 1988, desdobrou importantes avanços no sistema de proteção social, substituindo o sistema de Seguro Social, pela Seguridade Social, compostos de ações

para a garantia de direitos referentes à Previdência Social, Assistência Social e Saúde (Cohn; Elias, 1996).

Dessa forma, se denota que a saúde no Brasil passou a ser um direito universal mediante a Constituição Federal de 1988 e trazendo a responsabilidade da garantia desse direito ao Estado mediante a criação de políticas públicas e econômicas. Trazendo a responsabilidade de gestão nas três esferas de governo e também com a participação popular no seu gerenciamento. Embora o SUS seja algo consolidado, com grandes desafios e lacunas em seu desenvolvimento, o mesmo é considerado como um grande avanço no que tange a saúde brasileira.

Nesse sentido, se nota que no processo de efetivação do SUS, teve o objetivo de garantir seus princípios, diretrizes, políticas e programas foram criados. Dentre as políticas criadas se tem a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), sobre a qual serão tecidas considerações a seguir, bem como a outras legislações pertinentes ao direito da pessoa idosa – foco dessa dissertação.

## 1.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PARA PESSOA IDOSA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), foi regulamentada pela Portaria n.º 1.395/GM em 10 de dezembro de 1999, tendo em vista a necessidade do setor saúde dispor de uma política específica relacionada à saúde da pessoa idosa. A referida política teve sua atualização pela Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, com a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas consonantes com os princípios do SUS para esse fim (Brasil, 2006).

Neste cenário, a PNSPI apresenta como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos/as, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções na sociedade (Brasil, 1999).

Ademais, a PNSPI tem como diretrizes o atendimento das necessidades de saúde das pessoas idosas, quais sejam:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; Estímulo à participação e fortalecimento do controle

social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Brasil, 2006).

Vale ressaltar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa definiu que a escolha da melhor intervenção e monitorização do estado clínico e funcional da pessoa idosa devem ser baseadas na avaliação da capacidade funcional individual e coletiva. Posto isto, a funcionalidade é entendida como algo além das doenças, mas considera todos os aspectos funcionais do indivíduo que envelhece, desde a saúde física e mental até as condições socioeconômicas e a capacidade de autocuidado. Desse modo, o cuidado integral se torna imprescindível no desenvolvimento das ações de saúde da pessoa idosa. Para a efetivação destas diretrizes, expressas na política, o SUS dispõe de programas e ações como o Pacto pela Saúde, já apresentado no item anterior e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Em relação à Política Nacional de Atenção Básica, ela foi regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, com o objetivo de desenvolver um conjunto de ações de saúde com vistas à promoção, à proteção e à prevenção de agravos, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação e à manutenção da saúde. A PNAB determina a organização da responsabilidade das esferas governamentais, a infraestrutura e funcionamento da atenção básica, assim como o financiamento da atenção básica, que contribuem para a implementação do Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Amorim; Pessoa, 2014).

O desenvolvimento das ações da Atenção Básica a avaliação funcional coletiva servirá como base para determinação da pirâmide de risco funcional. Deve-se verificar a distribuição da população da área restrita à Estratégia Saúde da Família (ESF) com a finalidade de reconhecer a proporção de pessoas idosas que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos/as, a proporção daqueles com alta dependência funcional acamados a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) – como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão – e qual a proporção de idosos/as independentes (Brasil, 2006).

Neste ínterim, se observa que envelhecer deve ser com saúde, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que requer promoção da saúde em todas as idades. Assim, é importante acrescentar que muitas pessoas envelhecem apesar

da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre estas estão às pessoas idosas que vivem abaixo da linha de pobreza, os analfabetos, os que possuem sequelas de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatas, os hemiplégicos, pessoas idosas com síndromes demenciais dentre outras. Estes desafios expressam as contradições na estrutura de sociedade que se apresenta sob o *ethos* burguês, em que o processo de produção e reprodução da vida está diretamente relacionado aos interesses da burguesia com vistas à manutenção do *status* e acumulação privadas dos meios de produção.

As questões latentes como as descritas acima, evidenciam que no processo de envelhecimento a pessoa idosa não está diretamente vinculado ao processo de produção destas relações, ou seja, não produz mais valia mesmo tendo sua vida, muitas vezes, pautada na construção e manutenção das relações. Como questão manifesta se depara com argumentos que invalidam o acesso aos direitos, sobretudo, o acesso à saúde com vistas ao princípio constitucional da dignidade humana<sup>6</sup> – tornando a pessoa idosa mais vulnerável do que se encontra por sua condição física, mas uma vulnerabilidade social e econômica.

O direito à saúde se torna fundante nesta garantia constitucional, embora muitas vezes, a garantia do Estado fica subsumida pelo argumento da reserva do possível, ou seja, em linhas gerais é que não há condições de efetivar um direito específico a uma pessoa, tendo em vistas a verbas orçamentárias, bem como a exigência de manutenção de gastos com outras políticas e com a coletividade. Isso demarca quão os desafios são imensos para a garantia dos direitos, sobretudo os direitos à saúde – recaindo na defesa dos direitos à vida. Pelo exposto neste item, a PNSPI apresentou avanços no que diz respeito ao direito à saúde para a pessoa idosa, entretanto esses avanços têm enorme desafios em sua materialidade.

A partir do envelhecimento, o Brasil tem construído aportes jurídicos administrativos sobre as crescentes demandas da população que envelhece, visando enfrentar as questões da saúde e do bem-estar da pessoa idosa, grupo que emerge rapidamente no cenário da vulnerabilidade. Traremos, no próximo item, os elementos da Política Nacional da Pessoa Idosa (PNI) e do Estatuto da Pessoa Idosa.

---

<sup>6</sup> Por dignidade humana compreende-se a qualidade inerente a cada ser humano, respeitando suas particularidades, que visam amparar de qualquer ato de cunho difamatório e cruel, bem como assegurando condições materiais mínimas para uma vida saudável.

### 1.2.1 Arcabouço jurídico, administrativo e político na garantia de direitos da Pessoa Idosa

Mesmo contendo a inserção sobre a questão do envelhecimento na Constituição Federal de 1988, somente em 1994 que se instituiu uma Política Nacional voltada especificamente para a pessoa idosa, a Política Nacional da Pessoa Idosa, Lei n. 8842/94. Regulamentada pelo Decreto n. 1948, de 03 de junho de 1996, assegura os direitos sociais à pessoa idosa, e cria condições para promover sua autonomia, sua integração e sua participação efetiva na sociedade, reafirmando seu direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Brasil, 1994).

A Política Nacional da Pessoa Idosa tem como objetivo, por meio de diversas ações governamentais distribuídas em diferentes setores, assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Também reafirma o direito à saúde desta população nos diversos níveis de atendimento do SUS (Brasil, 1994):

A PNI surge no cenário brasileiro como a explicitação das políticas que o Estado estabelece em relação às pessoas idosas. Sua estrutura se apresenta dividida em quatro capítulos: i) Da finalidade (arts. 1o e 2o), que define quem é o idoso a partir de um único critério, o cronológico; ii) Dos princípios e das diretrizes (arts. 3o e 4o), que traz alguns postulados norteadores da ação social; iii) Da organização e gestão (arts. 5o a 9o), que atribui ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) a coordenação da PNI; e iv) Das ações governamentais (arts. 10 a 22), que trata da implementação da PNI nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer (Cochioni; Todaro, 2016. p.175).

Diante do exposto, se nota que a PNI, expressa um avanço no marco das ações direcionadas ao direito da pessoa idosa, demonstrando a importância de garantir por meio dos marcos legais autonomia e qualidade de vida a essa população. Entretanto, na realidade brasileira há contradições na efetivação desta política devido a própria correlação de força dentro da sociedade capitalista, requerendo ações, mais ampliadas e regulamentadas no bojo do arcabouço jurídico e político. Um exemplo dessa regulamentação adveio o Estatuto da Pessoa Idosa em 2003.

O Estatuto da Pessoa Idosa<sup>7</sup> foi instituído pela Lei nº10. 741, de 1º de outubro de 2003, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses

---

<sup>7</sup> Foi sancionado o Projeto de Lei nº 3.646, de 2019, que altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente (Brasil, 2022).

das pessoas idosas. Ele ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da pessoa idosa posto que:

O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social, e é dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. A garantia desses direitos está determinada na legislação com o advento do Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1o de outubro de 2003 –, considerada uma das maiores conquistas da população idosa brasileira (Brasil, 2013, p.35).

O Estatuto da Pessoa Idosa tem como mérito primeiro dar maior concretude à tutela da pessoa idosa, evitando que a falta de regulamentação esvaziasse o conteúdo da norma constitucional e se agudizasse o processo de exclusão social. Embora esse critério tenha sido questionado por alguns autores, segundo Braga (2011, p. 4) há uma grande diferença entre um pessoa idosa de 60 anos e outro de 100 anos para receberem o mesmo tratamento.

O grande problema do critério cronológico é de não considerar as diferenças pessoais e a larga faixa etária que se vê abrangida pelo conceito, principalmente se levarmos em conta que, atualmente, são cada vez mais numerosas as pessoas centenárias. Pode haver enorme diferença no estado de saúde (física e mental) entre duas pessoas sexagenárias, uma delas pode ser doente e debilitada, enquanto a outra se encontra em pleno vigor, sendo perfeitamente lúcida.

Com a mesma crítica, Bomtempo (2014, p.4) afirma que buscar definir um marco “cronológico de quem é ou não pessoa idosa pode ser um tanto temerário, considerando que a lei não acompanha simultaneamente as mudanças na sociedade, pois o indivíduo de 60 anos hoje não é o mesmo de 10 anos atrás, quando o Estatuto entrou em vigor”.

De acordo com Barboza (2020) a importância do legislador fixar um critério objetivo e geral, sob pena de se estabelecer regra sujeita a critérios exclusivamente subjetivos e casuísticos, inobstante o interesse epistemológico nas diferentes conceituações sobre o tema, ainda que mesmo com a existência do critério, isso não quer dizer que a fixação em 60 anos seja adequada, tendo em vista que, na atualidade, a vida pública, política, religiosa, artística e mesmo os ambientes cotidianos, estão repletos de pessoas desta idade ou mais, em plena atividade.

Nestes termos, corroboramos das críticas no sentido da dificuldade de caracterizar uma pessoa idosa pelo critério etário, posto que estivesse falando somente a respeito da passagem do tempo sob o aspecto numérico, desconsiderando o envelhecimento como um fenômeno mais amplo, no qual estão envolvidos diferentes fatores: social, cultural e histórico, que participam na passagem

do tempo do indivíduo. Assim, o uso do referido critério não é uma boa medida do desenvolvimento humano, uma vez que esconde um conjunto amplo de variáveis, já que a idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes neste processo.

Neste sentido, diante da extrema dificuldade de estabelecer quem é uma pessoa idosa, haja vista tantas heterogeneidades próprias dos seres humanos, o que induz à heterogeneidade de suas velhices, parecem temerárias definir quem é ou não uma pessoa idosa somente numa variável.

Vale ressaltar que o Brasil possui norma constitucional que ordena o amparo da velhice por todos os segmentos da sociedade e pelo Poder Público. O Estatuto da Pessoa Idosa é uma ferramenta que, se tiver a devida eficácia, pode amenizar a vulnerabilidade de fato da pessoa idosa. Em suma, a Lei assegura direitos específicos à pessoa idosa porque ela efetivamente necessita (Salvador, 2021).

De acordo com Rulli Neto (2003) o Estatuto da Pessoa Idosa, em várias disposições, segue as diretrizes da Política Nacional da Pessoa Idosa. Além disso, o próprio Estatuto criou mecanismos de garantia de cumprimento de seus ditames, com a previsão de fiscalização e sanção. Estas garantias são expressas por alguns direcionamentos<sup>8</sup>, quais sejam:

Amparo à Saúde [...] o direito à educação [...] o direito à cultura [...] o acesso ao esporte, respeitando as peculiaridades e condições de idade [...] direito ao lazer [...] o direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas. É proibida a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego [...] os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários [...] Assistência Social [...] na promoção da dignidade da pessoa humana visando à sua integração (Rulli Neto, 2003, p.155).

Rulli Neto (2003), comenta que esta lei é um marco importante nos estudos sobre os direitos das pessoas idosas no cenário brasileiro; tendo também sua contribuição na publicidade dada à temática do envelhecimento. Logo, o Estatuto da Pessoa Idosa é um instrumento que proporciona autoestima e fortalecimento a uma classe de brasileiros que precisa assumir uma identidade social (Braga, 2005).

O objetivo do Estatuto em garantir à pessoa idosa a atenção integral a sua saúde resulta da verificação de que o envelhecimento da população, em países como

---

<sup>8</sup> Vale ressaltar que esses eixos são explicitados com mais detalhamento. Para maiores informações ver (Rulli Neto, 2003).

o Brasil, ocorreu de forma acelerada, ultrapassando o próprio desenvolvimento econômico e social, provindo uma sociedade envelhecida antes que o Estado e a sociedade se preparem, de forma gradativa, para garantir a prestação devida de serviços assistenciais, em todos os níveis, aos cidadãos em tal faixa etária. Logo, é necessário dotar o país, com a máxima urgência, de estruturas que não foram montadas no decorrer do tempo em nosso território (Salvador, 2021).

No que diz respeito ao direito da pessoa idosa, ainda que tenhamos dispostos na Constituição Federal de 1988, na Política Nacional da Pessoa Idosa, no Estatuto da Pessoa Idosa, ou na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, e mesmo tendo um conjunto de direitos no âmbito da saúde, na prática, ainda tem um vasto caminho para que o funcionamento e a aplicação efetiva de todas essas normas protetivas se realizem, tanto no campo do funcionamento das instituições públicas, como no que diz respeito à cultura, e a forma como a sociedade enxerga a pessoa idosa.

Para Queiroz; Prado (2010) este processo de transição demográfica vivenciado no país acarreta alterações profundas em todos os seguimentos da vida em sociedade, “mas, sem dúvida, um dos setores mais atingidos é o da saúde, tanto pelas repercussões nos aspectos assistenciais como pela crescente demanda de novos recursos e estruturas” (Queiroz; Prado, 2010, p.09).

Neste sentido, no próximo item, abordaremos sobre o envelhecimento no cenário brasileiro, trazendo dados demográficos, condições de vida e o trabalho na vida da pessoa idosa.

### 1.3 ENVELHECER NO BRASIL: DADOS DEMOGRÁFICOS, VELHICES E CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO NA VIDA PESSOA IDOSA

O conceito de envelhecimento surgiu no fim da década de 1990, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) entendeu o processo de envelhecimento para além dos cuidados com a saúde. Esse conceito requer políticas públicas que promovam melhora da qualidade de vida, em todos os âmbitos, posto que essa nova forma de enxergar o processo de envelhecimento demanda mudança de conceitos: o enfoque deixa de ser baseado em necessidades e, conseqüentemente, deixa de colocar a pessoa idosa como alvo passivo (Amorim; Pessoa, 2014).

Na realidade brasileira a população tem sofrido profundas transformações nas últimas três décadas na sua estrutura etária, sendo imperioso compreender a dinâmica demográfica brasileira. Vale ressaltar que entre 1940 e 1970 o Brasil

experimentou um processo de rápido crescimento demográfico, em virtude de seu alto crescimento vegetativo (queda na taxa de mortalidade e elevada taxa de fecundidade). A população total passou de 41 milhões para 93 milhões de habitantes, com taxa média de crescimento de 2,8% ao ano (Carvalho, 2003).

As decorrências deste processo passaram a ser vistas ao longo dos anos segundo o IBGE (2015) no Brasil e estima-se que a população com 60 anos ou mais seja de 30 milhões de pessoas, representando cerca de 14% da população geral, 210 milhões de habitantes. É o segmento populacional com maior taxa de crescimento acima de 4% ao ano, passando de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, e devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Essa é uma consequência da rápida e contínua queda da fecundidade no país, e da queda da mortalidade em todas as idades. Se espera, para os próximos 10 anos, o incremento médio de mais de 1,0 milhão de pessoas idosas anualmente.

De acordo com dados do IBGE (2021) a população do Brasil está mais envelhecida, entre 2012 e 2021, o número de pessoas abaixo de 30 anos de idade no país caiu 5,4%, enquanto houve aumento em todos os grupos acima dessa faixa etária no período. Com isso, pessoas de 30 anos ou mais passaram a representar 56,1% da população total em 2021. Esse percentual era de 50,1% em 2012, início da série histórica da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características Gerais dos Moradores.

A população total do país foi estimada em 212,7 milhões em 2021, o que representa um aumento de 7,6% ante 2012. Nesse período, a parcela de pessoas com 60 anos ou mais saltou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, esse grupo etário passou de 22,3 milhões para 31,2 milhões, crescendo 39,8% no período (Ibge, 2021).

De acordo com IBGE (2022) o número de pessoas com 65 ou mais no país chegou a 10,09% da população havendo uma alta de 57,4% frente a 2010.

A velocidade e o contexto com que ocorre o processo de transição demográfica e do envelhecimento da população brasileira apontam para uma crescente complexidade de alternativas de atenção às demandas da nova estrutura etária emergente em decorrência do acelerado processo demográfico e de profundas mudanças estruturais. Sendo assim, o Brasil passa a enfrentar problemas muito mais complexos do que nos países do primeiro mundo, pois, ainda se depara com problemas básicos como: extensiva desigualdade social, cobertura social, problemas

na atenção básica na saúde entre eles: mortalidade infantil, doenças infectocontagiosas, saneamento básico, educação, habitação, alimentação, pobreza e trabalho. Sendo que, simultaneamente enfrentará problemas de um país envelhecido quanto às doenças crônico-degenerativas e maiores custos com a saúde e seguridade social (Veras, 1994).

O Brasil, em menos de 40 anos, passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias deste processo de envelhecimento, com custos diretos e indiretos mais elevados. Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares; requerendo, por partes do Estado medidas sanitárias, a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema (Brasil, 1999).

A pessoa idosa demanda mais serviços de saúde visto que, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. De modo geral, as doenças dos idosos/as são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento não apenas médico, mas de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas (Brasil, 1999).

Esse acelerado envelhecimento da população não deve ser considerado necessariamente um problema, mas exige atenção diante dos desafios da sociedade. Nas pessoas idosas, as condições crônicas de saúde são mais prevalentes, exigindo respostas capazes não somente de resolver esses agravos, mas de manter ou recuperar sua autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia (Ibge, 2015).

De acordo com Moraes (2012) o conceito de saúde da pessoa idosa está fortemente ligado à capacidade individual de satisfação de suas necessidades biopsicossociais, independentemente da idade e da presença de doenças. Essa capacidade funcional resulta da combinação entre fatores intrínsecos em sua capacidade física e mental e fatores extrínsecos ambientais e contextuais, levando a uma marcante e progressiva heterogeneidade entre os indivíduos ao longo do processo de envelhecimento, com isso a fronteira entre os conceitos de saúde, doença, dependência e incapacidade devem estar bem definidas.

Moraes (2012) em estudos mais recentes, se evidencia que o envelhecimento fisiológico, reduz a vitalidade do indivíduo definido como capacidade de defesa contra

as agressões dos meios internos e externos, gerando maior vulnerabilidade dessa população. Essa redução fisiológica da vitalidade atribuída ao envelhecimento, por si só, é insuficiente para gerar incapacidades ou dependência funcional. Por sua vez, o envelhecimento patológico, consequência de uma ou mais doenças, e agravado por barreiras relacionadas aos fatores ambientais e contextuais, compromete, de forma mais intensa, a vitalidade do indivíduo está associado ao declínio funcional.

O envelhecimento pode ser definido como um processo heterogêneo ao longo de todo o curso da vida. A velhice denota o estado de ser velho, condição que resulta do processo de envelhecimento que as pessoas vivenciaram e vivenciam dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos (Lima *et al.*, 2008; Neri, 2006).

Baltes e Smith (2006) sinalizam haver evidências de que a grande maioria das pessoas idosas apresenta nível elevado de comprometimento funcional, dependência e solidão; entretanto essas não são os únicos elementos que perpassa as condições de vida da pessoa idosa posto que a outras questões objetivas no cotidiano que influencia diretamente no processo de envelhecimento.

Neste íterim, se destaca que envelhecer não é significado de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento. Na literatura gerontologia, envelhecer é considerado um evento sucessivo e variável, e a velhice é uma experiência potencialmente bem-sucedida, porém, heterogênea, e vivenciada com maior ou menor qualidade de vida (Lima *et al.*, 2008; Neri, 2003; Neri, 2007; Neri, Yassuda; Cachioni, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005), a partir década de 1980, há diversas iniciativas internacionais que valorizam a possibilidade de se considerar o envelhecimento como um processo positivo, pensado como um momento da vida de bem-estar e de prazer. A política de desenvolvimento ativo, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é um exemplo dessas recomendações, enfatizando que envelhecer bem não é apenas responsabilidade do indivíduo e, sim, um processo que deve ser respaldado por políticas públicas e por iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso da vida.

A criação dessa política parte do pressuposto de que, para se envelhecer de forma saudável, é fundamental aumentar as oportunidades para que os indivíduos possam optar por um estilo de vida mais saudável, que inclui mudanças de hábitos alimentares e atividade física regular e, conseqüentemente, o controle da saúde física e psicológica. Assim, a definição de envelhecimento ativo é apresentada como a

“otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (Oms, 2005, p.13).

Logo, o conceito de qualidade de vida se relaciona à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma grande gama de aspectos, tais como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e com as atividades da vida diária com o ambiente em que se vive (Vecchia, *et al*, 2005). Sendo assim, o conceito de qualidade de vida é subjetivo e dependente do nível sociocultural, da idade e das aspirações pessoais de cada indivíduo (Neri, 2007B, 2007C; Vecchia *et al*, 2005).

Borglin, Edberg; Hallberg (2005) acreditam que a qualidade de vida das pessoas idosas depende da manutenção dos objetivos ao longo da vida, e a experiência de qualidade de vida envolveria valores pessoais, experiências anteriores, capacidade de adaptação às mudanças, independência, autonomia, atividades, saúde, relações sociais e viver em casa. Esses apontamentos são importantes, contudo, responsabilizam o sujeito pelo sucesso ou fracasso na obtenção da qualidade de vida. É preciso tornar nítido que existem outros elementos que incidem diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa e que estão na própria lógica das desigualdades sociais imputadas pela sociedade capitalista, decorrendo na inviabilidade da garantia de direito dessa população.

Neri (2007) apresenta um modelo psicológico de bem-estar subjetivo na velhice, no qual a relação entre os riscos associados ao envelhecimento e ao bem-estar subjetivo é mediada pelos mecanismos de autorregulação e pelo senso de ajustamento psicológico, em interação com os recursos sociais de que a pessoa idosa dispõe. Essa mesma autora ainda afirma que a qualidade de vida esteja relacionada à satisfação global e referenciada a domínios que são percebidos pelas pessoas idosas de acordo com os seus afetos positivos e negativos, vivenciados ao longo da vida e no processo de envelhecimento. Esses são formados pelas interligações mútuas entre as variáveis antecedentes, riscos socioeconômicos e biológicos, tais como: pobreza, exclusão social, baixa escolaridade e baixo status ocupacional; doenças somáticas, déficits sensoriais, depressão, dor crônica, incapacidade funcional e intelectual, inatividade e susceptibilidade ao estresse crônico, moderadoras mecanismos de autorregulação do self, tais como, autoconceito,

autoestima, autoavaliação, senso de auto eficácia, senso de controle, sistema de metas, estratégias de enfrentamento, estratégias de seleção, otimização e compensação e senso de ajustamento psicológico e de critério, o bem-estar subjetivo, que inclui a satisfação global com a vida, a satisfação referenciada a domínios e afetos positivos e negativos (Neri, 2007).

Para Leite (1995), o envelhecimento é entendido como parte integrante e fundamental no curso de vida de cada um, pois é nessa fase que emergem experiências e características próprias e particulares, resultantes da experiência de vida, na qual umas têm maior dimensão e complexidade que outras, integrando assim a formação do indivíduo da pessoa idosa. As tensões psicológicas e sociais podem apressar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento. Percebe-se no indivíduo que envelhecer é uma interação maior entre os estados psicológicos e sociais refletidos na sua adaptação às mudanças. A habilidade pessoal de se envolver, de encontrar significado para viver, provavelmente influencia as transformações biológicas e de saúde que ocorrem no tempo da velhice. Assim, o envelhecimento é decisivamente afetado pelo estado de espírito, muito embora dele não dependa para se processar.

O *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (Who, 1998) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. No processo de envelhecimento são analisados e avaliados os seis domínios propostos pelo grupo WHOQOL, a saber: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade.

A definição de qualidade de vida é complexa, por se tratar de um constructo subjetivo e determinado por inúmeras variáveis interligadas ao longo da vida. Compreender o envelhecimento como um processo multifacetado e que se trata de um fenômeno irreversível é de suma importância para que todos os profissionais da saúde, governo, sociedade em geral vejam a velhice não como finitude, mas como um momento do ciclo da vida que requer cuidados específicos, o qual pode e deve ser desfrutado com qualidade (Witter; Buriti, 2011).

De acordo com Veras (2002) na sociedade contemporânea, capitalista e ocidental, qualquer valoração se fundamenta na ideia básica de produtividade, inerente ao próprio capitalismo. O modo de produção capitalista fez com que a velhice

passasse a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, na medida em que a individualidade perderia então o seu valor social. Desse modo, não tendo mais a possibilidade de produção de riqueza, a velhice perderia o seu valor simbólico.

Os seres vivos são regidos por um determinismo biológico e sendo assim, o envelhecimento envolve processos que implicam na diminuição gradativa da possibilidade de sobrevivência, acompanhada por alterações regulares na aparência, no comportamento, na experiência e nos papéis sociais (Moragas,1997).

As ações empreendidas pelas pessoas idosas são fatores importantes no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que as pessoas tenham levado, como das condições atuais que se encontram; contudo culpabilizadas pelas situações vividas nos marcos das desigualdades sociais. Há uma ruptura com o passado, o homem deve se ajustar a uma nova condição que lhe traz certas vantagens, como o descanso, lazer, mas também graves desvantagens como desvalorização e desqualificação.

Neste aspecto, se destaca que a aposentadoria é o momento em que o indivíduo se distancia da vida produtiva. Na vida do homem, a aposentadoria muitas vezes acontece como uma descontinuidade. A aposentadoria foi concebida como uma instituição social, assegurando aos indivíduos renda permanente até a sua morte, correspondendo a crescente necessidade de segurança individual que marca as sociedades contemporâneas.

Segundo Leite (1995) bem como Cattane; Perline (2004), os estudos sobre a aposentadoria na realidade brasileira mostram que, habitualmente é gerada uma crise no indivíduo. A retirada da vida de competição, a autoestima e a sensação de ser útil se reduzem. A princípio, a maioria das pessoas idosas se sente satisfeito, pois lhe parece ser boa a possibilidade do descanso. Aos poucos, descobrem que sua vida se tornou tristemente inútil. Nesta ausência de papéis é que se observa o verdadeiro problema do aposentado, sua angústia, sua marginalização e, muitas vezes, o seu isolamento do mundo. Certas questões desencadeiam sentimento de que ninguém necessita dele por estar isolado, recusado e excluído da sociedade, se sentindo cada vez mais angustiado, tornando difícil sua adequação ao mundo no qual vive. Aliado a esses fatores da aposentadoria, a pessoa idosa também enfrenta uma queda do nível de renda que, por sua vez, afeta a qualidade de vida bem como a saúde física e mental.

De acordo com Vieira (1996) o trabalho como formação do indivíduo é uma questão importante a ser levantada quando se discute a aposentadoria. É na atividade profissional que depositamos nossas aspirações pessoais e perspectivas de vida. Esse mesmo autor ressalta ainda que, é o trabalho que permite o ato de existir como cidadão, auxiliando na questão de se traçar redes de relações que servem de referência, determinando, portanto, o lugar social e familiar.

De acordo com IBGE (2021) a mudança na estrutura etária da população brasileira, que reflete a queda no número de jovens e o aumento de idosos/as. Esse indicador revela a carga econômica desses grupos sobre a população com maior potencial de exercer atividades laborais. Sabe-se que há pessoas idosas ativas no mercado de trabalho, além de pessoas em idade de trabalhar que estão fora do mercado de trabalho. Mas o indicador é importante para sinalizar a potencial necessidade de redirecionamento de políticas públicas, inclusive relativas à previdência social e saúde.

Segundo Haddad (1993) as estatísticas atestam que um número considerável de trabalhadores aposentados vai a óbito logo após aposentar-se. Estes óbitos ocorrem no período de dois anos de gozo deste benefício, as pessoas idosas aposentadas deveriam usufruir de sua aposentadoria com dignidade.

No contexto atual, os cidadãos necessitam modificar seu perfil de conduta referente às pessoas idosas. Apesar de se aposentarem, há idosos/as que permanecem trabalhando, mesmo que de modo informal, seja porque o baixo valor do benefício recebido necessita ser complementado, seja para que não se sintam inúteis e continuem ativos na sociedade, aumentando, assim, o bem-estar na velhice (Ramos; Souza, 2008; Zanelli, 2012).

Uma melhoria das condições de vida das pessoas idosas em áreas rurais tem sido apontada pela universalização da aposentadoria rural, que também passou a acessar seus direitos como os trabalhadores rurais, inclusive os que não contribuíram diretamente com a previdência social. Instituída pela Constituição de 1988, a aposentadoria rural beneficia atualmente cerca de 6,8 milhões de trabalhadores rurais. Para receber um salário-mínimo, eles precisam comprovar tempo de serviço de até 15 anos no campo e ter idade acima de 55 anos (mulheres) e 60 anos (homens) (Marina, 2005).

Neste sentido, até a atual Constituição Federal de 1988, não existia nenhum dispositivo tratando dos direitos de saúde para pessoas idosas, já que esta era uma

problemática desconsiderada pelos tecnocratas e ainda pouco visível para uma sociedade considerada jovem como a brasileira (Brasil, 1994).

A Lei nº 8.842/1994 criou o Conselho Nacional da Pessoa Idosa, responsável pela viabilização da integração, ocupação e convívio da pessoa idosa na sociedade, através da sua participação na formulação das políticas públicas, planos e projetos destinados à sua faixa etária. Suas orientações priorizam o atendimento domiciliar; o estímulo à capacitação dos médicos na área da Gerontologia; a descentralização político-administrativa e a divulgação de estudos e pesquisas sobre aspectos relacionados à terceira idade e ao envelhecimento. As políticas públicas governamentais têm procurado implementar modalidades de atendimento à pessoa idosa tais como: Centros de Convivência, espaço destinado à prática de atividade física, cultural, educativa, social e de lazer, como forma de estimular sua participação no contexto social que se está inserido (Neri; Freiri, 2000).

Segundo dados do IBGE (2012) a informalidade está presente na população idosa em 71,7% dos casos, mostrando a necessidade do mercado de trabalho se adequar, principalmente em números, gerando novos empregos para suprir a crescente demanda da pessoa idosa no Brasil. Essa faixa etária da população que muitas vezes têm baixa escolaridade e nível de qualificação inferior ao que o mercado capitalista tem exigido, porém, é passível de reciclagem (Wainman, 2004).

Esse processo trazem várias contradições, primeiro porque reitera que uma grande parte da população idosa está em busca de trabalho informal devido sua renda e quando se tem renda não ser suficiente para sua sobrevivência, tendo em vista que não existe nenhuma política consistente para o atendimento, para além disso está população não deveriam estar procurando trabalho posto que neste momento o estado deveria garantir com eficiência as necessidades desta população.

Segundo Lopes; Burgardt (2013) entretanto, quando as pessoas idosas desejam voltar ao mundo laboral, precisam competir com concorrentes mais jovens, geralmente preferidos pelo mercado de trabalho devido ao seu maior grau de qualificação. O preconceito que existe com relação à terceira idade faz com que a sociedade naturalmente ignore a pessoa idosa, visto que uma das grandes dificuldades quanto à inclusão dessa parte da população no mercado de trabalho ocorre principalmente devido à valorização do jovem para a economia, distanciando as pessoas idosas do mundo trabalho e associando os ao final do ciclo produtivo só

por causa da idade. Essa ideia deveria ser mudada por meio de incentivos para essa faixa etária continuar em atividade.

Essa absorção da crescente força de trabalho é muito importante para diminuir o impacto dos gastos públicos. Contudo, são poucas as chances que as pessoas idosas têm de se atualizar e reciclar, dificultando sua permanência ou mesmo o seu retorno ao mercado de trabalho de forma digna (Batista, *et al*, 2008).

De acordo com Leite (1995) tanto a família como a comunidade, têm um lugar de destaque na criação de uma estrutura que estimula novos caminhos para a pessoa idosa, bem como proporciona efetivas opções àqueles que decidem ou são compelidos a deixar o serviço ativo. Neste sentido, apesar da concepção de novas leis de amparo à velhice, que evidenciam uma preocupação com esta crescente faixa etária, pouco tem sido feito para viabilizar o exercício dos direitos assegurados por estas leis. Ainda é para a ação governamental efetiva, voltada para este segmento da população. Sabe-se que até mesmo as iniciativas de caráter privado estão mais direcionadas para o assistencialismo, conduzindo a uma tendência de afastar a pessoa idosa de realizar atividades criadoras, favorecendo assim o seu isolamento da sociedade a qual faz parte.

Este capítulo demonstrou que a saúde na realidade brasileira, sobretudo em relação à pessoa idosa, teve grandes avanços com a criação de políticas e legislações. Entretanto, essa mesma realidade demonstra que ainda há grandes problemas vivenciados para qualidade de vida da pessoa idosa, sejam por questões pessoais, questões estruturais ou questões conjunturais. Essas legislações foram fundantes na garantia de direito para a Pessoa Idosa e elas precisam ser comumente garantidas pelos profissionais que trabalham na saúde, dentre eles o assistente social.

No próximo capítulo será exposto o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, as particularidades do trabalho da/o Assistente Social na área da saúde e no atendimento à pessoa idosa.

## **CAPÍTULO 2 SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE JUNTO À PESSOA IDOSA**

No capítulo anterior foram realizadas discussões sobre a Política de Saúde no Brasil em seu contexto sócio histórico a partir da Constituição Federal de 1988, fruto de lutas e conquistas na garantia do direito à saúde, materializado com o Sistema Único de Saúde (SUS) bem como foram apresentados dados demográficos sobre a velhice, condições de vida, trabalho na vida pessoa idosa e arcabouço jurídico, administrativo e político na garantia de direitos da Pessoa Idosa.

Diante do objeto deste estudo, a saúde no Brasil e a interface com a Pessoa Idosa, o capítulo 2 contextualiza o surgimento do Serviço Social brasileiro, sinalizando como uma profissão inserida na divisão sócio técnico do trabalho. Se aborda ainda a particularidade da atuação do trabalho da/o assistente social na saúde (em seus parâmetros e diretrizes) e por último, se discute sobre a atuação profissional na área da saúde, da/o Assistente Social junto à Pessoa Idosa.

### **2.1 MARCOS HISTÓRICOS DO DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO**

A origem do Serviço Social no Brasil, enquanto profissão inscrita na divisão social do trabalho, está relacionada ao contexto das grandes mobilizações da classe operária nas duas primeiras décadas do século XX, diante da emergência da chamada questão social<sup>9</sup> que assolava a sociedade nesse período, exigindo posicionamento do Estado, das frações dominantes e até mesmo, da Igreja (Iamamoto, 2011).

A marca da profissão está diretamente relacionada à tríade reacionária entre a Igreja, o Estado e a Burguesia emergente no enfrentamento da questão social que teve seu início com a criação do Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), no ano de 1932, a partir do curso intensivo de formação social para moças, organizado pelas Cônegas de Santo Agostinho. O CEAS era mantido através de mensalidade das sócias e seu intuito era propagar a doutrina e ação social da igreja (Yasbek, 2009).

Essa orientação ocorreu quando a igreja, como ação social, impulsionava “[...] o laicato a partir das diretrizes da *Rerum Novarum* (1891) e do *Quadragesimo Anno* (1931) encíclicas papais que assumiram um posicionamento antiliberal e

---

<sup>9</sup>Questão Social pode ser definida como: O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 1999, p.27);

antissocialista” (*grifos nossos*) (Yazbek, 2009, p.146). Esta perspectiva traz em si a doutrina neotomista, baseada no pensamento de São Tomás de Aquino, pautado nas proposições do francês Jacques Maritain e do cardeal belga Mercier. Os referenciais que orientaram o início do Serviço Social brasileiro tiveram suas fontes na Doutrina Social da Igreja (DSI), no ideário franco-belga de ação social e no pensamento de São Tomás de Aquino, depreendendo um Serviço Social mesclado à visão francesa e à visão belga.

Esta relação do Serviço Social brasileiro com a Igreja Católica fundamentou e formulou seus primeiros propósitos político-sociais norteados por posicionamentos de cunho humanista conservador, decorrendo na compreensão da questão social a partir do pensamento social da igreja, definindo a questão social como questão moral, em que responsabilizava os sujeitos pelos processos sociais advindos das relações capitalistas; calcada em uma perspectiva conservadora, psicologizante, individualista e moralizadora da questão social. Todos esses desdobramentos contribuíram significativamente para diversas ações que culminaram na criação da primeira Escola de Serviço Social no Brasil, sediada no município de São Paulo/SP, denominada ESSSP, no ano de 1936. E, no ano seguinte, na criação da Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro (ESSRJ).

Este processo de criação do Serviço Social ocorreu na Ditadura Vargas, um governo centralizador que via nas ações sociais uma forma de controle da população brasileira; decorrendo no aumento exponencial da demanda por assistentes sociais. Segundo Gonçalves, “esse aumento da demanda por profissionais de Serviço Social passa a ser incentivado cada vez mais pelo Estado [...]” (2013, p.107). Essa conjuntura desencadeou, diante da vinculação entre Brasil e Estados Unidos em um terreno fértil à formação profissional em Serviço Social, expresso, sobretudo, com a ida das Assistentes Sociais brasileiras para cursarem pós-graduação em solos norte-americanos – propagando seu jeito de pensar.

A antinomias demonstraram que a ida dos/as Assistentes Sociais qualificou e ampliou seus conhecimentos da área de Serviço Social na perspectiva tecnicista da teoria social positivista – marcadamente na década de 1940. Diante disso, Yazbek (2009) salienta que a legitimação do profissional inseriu a matriz positivista na profissão de Serviço Social, visando ampliar os seus referenciais técnicos. Este processo é denominado por Yamamoto como “[...] ‘arranjo teórico-doutrinário’ (*grifo da autora*), caracterizado pela junção do discurso humanista cristão com o suporte

técnico-científico de inspiração na teoria social positivista, reitera para a profissão o caminho do pensamento conservador” (Iamamoto, 1992 *apud* Yazbek, 2009, p.147).

O primeiro suporte teórico-metodológico necessário à qualificação técnica do Serviço Social está ancorado na matriz positivista, em sua percepção manipuladora, instrumental e imediata do ser social. Destaca-se que o método positivista trabalha com a junção aparente dos fatos, explicitado por Yazbek (2009):

É a perspectiva positivista que restringe a visão de teoria ao âmbito do verificável, da experimentação e da fragmentação. Não aponta para mudanças, senão dentro da ordem estabelecida, voltando-se antes para ajustes e conservação. Particularmente em sua orientação funcionalista, esta perspectiva é absorvida pelo Serviço Social, configurando para a profissão propostas de trabalho ajustadoras e um perfil manipulatório, voltado para o aperfeiçoamento dos instrumentos e técnicas para a intervenção, com as metodologias de ação, com a "busca de padrões de eficiência, sofisticação de modelos de análise, diagnóstico e planejamento; enfim, uma tecnificação da ação profissional que é acompanhada de uma crescente burocratização das atividades institucionais" (*grifo da autora*) (Yazbek, 1984, *apud* Yazbek, 2009, p.147-148).

Este processo percorrerá o Serviço Social em suas ações diante do método caso-grupo-comunidade, imprimiu aos assistentes sociais o debate sobre a formação profissional, seja na dimensão acadêmica formativa ou na dimensão interventiva. Diante disso:

[...] as conquistas advindas de lutas dos assistentes sociais, sobretudo, da então ABESS, passaram a ser expressas na década de 1950 enquanto forma de regulamentar a profissão, entre elas: o Decreto nº 35.311/54 (estabelece o currículo mínimo frente às exigências de especialização das técnicas de Caso, Grupo e Comunidade); a Lei nº 3.252/5796 (regulamenta o exercício da profissão de Serviço Social<sup>97</sup>, com prerrogativas de atribuições aos assistentes sociais); e após 05 anos, esta lei foi regulamentada pelo decreto Lei nº 994/62 [...] (Gonçalves, 2013, p.115).

As decorrências deste processo possibilitaram ao Serviço Social tornar curso de nível superior, aumentando gradativamente as demandas por esses profissionais, interferindo nos campos de trabalho e no perfil da população que era atendida pelos assistentes sociais, alcançando grande parcela de trabalhadores – diretamente vinculado às políticas sociais com características paternalistas e repressivas. Os fatores extrínsecos ao Serviço Social rebatem diretamente nas ações desenvolvidas pelos profissionais que – diante da inserção nas Instituições de nível superior – vão se apropriando de outras correntes teórico-metodológicas.

A perspectiva hegemônica da matriz teórico-metodológica do Serviço Social assumida no limiar do século XX teve abordagem funcionalista. Entretanto, diante da proximidade da profissão com outras áreas do conhecimento nos espaços de

formação acadêmica possibilitam ao Serviço Social o contato com a matriz fenomenológica, em seu viés psicologizante<sup>10</sup>.

A trajetória do Serviço Social, diante da conjuntura social, política, econômica e cultural do país, bem como o movimento da profissão, inserida neste contexto, desencadearam questionamentos no interior da mesma. Esses questionamentos, nos anos de 1960, “[...] impõe aos assistentes sociais a necessidade da construção de um novo projeto comprometido com as demandas das classes subalternas, particularmente expressas em suas mobilizações” (Yazbek, 2008, p.148).

As tendências de fundamentação da formação profissional sejam na dimensão interventiva ou na dimensão acadêmico-profissional, são advindas das conjunturas sociais específicas dos países do continente americano, desdobrando em fatos e acontecimentos diferenciados em cada um deles.

Na particularidade brasileira, as tendências corroboram aos questionamentos do Serviço Social que em tempos de ditadura militar e de impossibilidade de contestação política pautado pela autocracia burguesa, desdobraram no denominado Movimento de Reconceituação; circunstância que possibilitou o debate da produção intelectual no interior do Serviço Social. Desdobrando em três vertentes advindas desse processo, a saber:

A vertente modernizadora [...] caracterizada pela incorporação de abordagens funcionalistas, estruturalistas e mais tarde sistêmicas (matriz positivista), voltadas a uma modernização conservadora e à melhoria do sistema pela mediação do desenvolvimento social e do enfrentamento da marginalidade e da pobreza na perspectiva de integração da sociedade (Yazbek, 2009, p.149)

Além disso, Yazbek (2009) ainda destaca a vertente denominada Reatualização do Conservadorismo, na qual:

[...] emerge como metodologia dialógica, apropriando se também da visão de pessoa e comunidade [...] dirige-se ao vivido humano, aos sujeitos em suas vivências, colocando para o Serviço Social a tarefa de “auxiliar na abertura desses sujeitos existentes, singular, em relação aos outros, ao mundo de pessoas” (*grifo da autora*) [...] Essa tendência que no Serviço Social brasileiro vai priorizar as concepções de pessoa, diálogo e transformação social (dos sujeitos) (Yazbek, 2009, p.149).

---

<sup>10</sup>Vale ressaltar que essa perspectiva fenomenológica será uma das vertentes assumidas a partir do Movimento de Reconceituação.

A terceira vertente assume a perspectiva teórico-metodológica marxista que [...]” remete a profissão à consciência de sua inserção na sociedade de classes e que no Brasil vai configurar-se, em um primeiro momento, como uma aproximação ao marxismo sem o recurso ao pensamento de Marx” (Yazbek, 2009, p.149). Essa vertente, denominada Intenção de Ruptura, passou a ser hegemônica no Serviço Social. Contudo, o percurso da profissão vai dando contornos que assume a perspectiva marxista em sua apreensão do ser social a partir de mediações, rompendo com a imediaticidade.

Podem ser inferidos fatos e acontecimentos importantes que demarcaram ao Serviço Social a maturação da vertente marxista, dentre eles a criação do primeiro mestrado em Serviço Social na década de 1970 (PUC-SP), a publicação do Livro “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – esboço de uma interpretação histórico-metodológico”, publicado em 1982; bem como demais construções teóricas no movimento que o Serviço Social faz intrínseca e extrinsecamente na perspectiva da formação profissional.

Todas essas questões possibilitam ao Serviço Social a denominada maturidade profissional que traz em si avanços e novas perspectivas, dentre os quais:

- a – Especialização do trabalho coletivo inscrito na divisão sociotécnica do trabalho;
- b – apreensão do significado social da profissão no processo de produção e reprodução das relações sociais;
- c – caráter contraditório da profissão e do trabalho profissional (...);
- d – Totalidade da vida social (...);
- e – como prática social institucionalizada, e legitimada, na sociedade brasileira
- a responder às necessidades sociais (...);
- f – na compreensão de que a gênese e o desenvolvimento da profissão se objetivam a partir da Questão Social (...);
- g – Existe em condições sociais historicamente determinadas (Abramides,2006, p.148-149).

Esses avanços da categoria de assistentes sociais foram constitutivos e constituintes de relações mais amplas, que desencadearam novas conquistas à profissão. Entretanto, trazendo novas exigências à categoria:

O Serviço Social se depara, por um lado diante de exigências e tensões constantes e imanentes a um complexo de determinações presentes advindos da sociedade de classes diante da ofensiva neoliberal; por outro lado à direção social assumida hegemonicamente e as conquistas da década de 1980 apresentavam novas exigências à formação profissional, seja no âmbito da intervenção, seja no âmbito do processo formativo do assistente social (Gonçalves, 2013, p.138).

O Serviço Social através de suas entidades representativas vai conduzir suas lutas em meio à profissão na busca da afirmação do projeto profissional referente à direção social, sendo nomeado na década de 1990 como projeto ético-político do Serviço Social no Brasil (Gonçalves, 2013).

O projeto ético-político do Serviço Social tem sua vinculação ao projeto de mudança da sociedade. “Essa vinculação se dá pela própria exigência que a dimensão política da intervenção profissional” (Braz; Teixeira, 2009, p.189). Ainda de acordo com Braz; Teixeira (2009), o projeto ético-político da profissão tem como compromissos, a autonomia, a emancipação e a expansão dos indivíduos, bem como uma vinculação a um projeto societário que preconiza a organização de uma nova ordem social, sem dominação ou qualquer forma de exploração de classes, etnia e gênero.

Neste sentido, o projeto da profissão está comprometido com uma nova ordem social autônoma e emancipada sem dominação ou exploração entre as classes. Este pressupõe quatro elementos constitutivos sendo eles: a explicitação de princípios e valores ético-políticos; a matriz teórica em que se ancora; a crítica radical à ordem social vigente; e a manifestação nas lutas e posicionamentos da profissão de formas coletivas de organização política (Gonçalves, 2013).

Estes elementos constitutivos são baseados em componentes que lhes permitem a materialidade. Para tanto, há três componentes que materializam no seguimento sócio-histórico do Serviço Social sendo eles: “a) a produção de conhecimento no interior do Serviço Social [...] b) as instâncias político-organizativas da profissão [...] c) a dimensão jurídico-político da profissão” (Braz; Teixeira, 2009, p. 191).

Através desses componentes é que se materializam os elementos constitutivos do projeto ético-político da profissão de Serviço Social. Neste sentido, há possibilidade de afirmar que esses componentes permitem junto com demais fatores, a efetivação histórica concreta dos quatro elementos citados. Sendo estes os instrumentos que viabilizam o projeto profissional na realidade.

Trazendo um conjunto de leis e normativas e demais instrumentos que norteiam as determinações asseguradas na Constituição Federal de 1988, embora não sendo específico ao Serviço Social, solidificam sua atuação profissional na luta pela garantia aos direitos dos usuários, como é determinado diante da formação profissional (Gonçalves, 2013).

Neste cenário, convém salientar que estes componentes não podem ser vistos separadamente, porque desencadeariam uma visão parcial e fragmentada do processo de constituição do Projeto Ético-político. De acordo com Braz;Teixeira (2009), o primeiro componente, a produção de conhecimento, expressa todo aporte teórico construído e reconstruído pelo Serviço Social ao longo das últimas décadas. Assim, imprime direcionamentos tanto à intervenção profissional e, por pressuposto, apontando os caminhos da formação profissional.

O segundo componente, as instâncias político-organizativas da profissão, envolvem os fóruns de deliberação e de entidades da profissão, e é por meio desses fóruns que se consagra coletivamente o projeto profissional no qual são reafirmados ou não compromissos e princípios. No que concerne, o terceiro e último componente, a dimensão jurídico-política da profissão, se refere às leis e normativas específicas ao Serviço Social norteadores da profissão, que em seus direcionamentos estão explícitos pela Lei de Regulamentação Profissional, lei nº 8.662/93; no Código de Ética CFESS nº 273, ambos de 1993; e nas Novas Diretrizes curriculares dos Cursos de Serviço Social, consolidado pela ABEPSS no ano de 1996, porém homologadas pelo MEC em 04/07/2001, por meio do parecer 492(Braz; Teixeira, 2009).

Em relação à Lei de Regulamentação Profissional, existe a Lei nº 8.662/93 que expressa as três dimensões que orientam a profissão: teórico-metodológico; o técnico operativo e o ético-político. No que se refere ao Código de Ética, estabelecido pela Resolução CFESS nº 273 de 13/03/1993, este assegura os valores fundamentais de liberdade e justiça social, mediante as determinações democráticas projetadas nas lutas apresentadas com a conjuntura do país, mediante a defesa profissional da classe trabalhadora. Além disso, Gonçalves (2013) ressalta também:

A liberdade como valor ético central, defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, democracia, equidade, justiça social, eliminação das formas de preconceito, garantia do pluralismo, compromisso com a qualidade dos serviços, articulações com outros movimentos que compartilhem dos mesmos princípios, exercício profissional sem discriminar e ser discriminado entre outros (Gonçalves, 2013, p. 145).

Quanto às Diretrizes Curriculares, estas trazem como pressuposto que a profissão está inserida nas relações sociais e consistindo sua atuação nas expressões da questão social, criaram princípios que fundamentam essas diretrizes sendo eles:

1. Flexibilidade e dinamicidade na organização dos currículos plenos expressas na organização de disciplinas e outros componentes curriculares (...);

2. Rigoroso trato teórico, histórico e metodológico da realidade social e do Serviço Social (...);
3. Adoção de uma teoria social crítica que possibilite uma compreensão da totalidade social em suas dimensões de universalidade, particularidade e singularidade;
4. Superação da fragmentação de conteúdos na organização curricular, evitando-se a dispersão e a pulverização de disciplinas e outros componentes curriculares;
5. O estabelecimento das dimensões investigativa e interventiva como princípios formativos e condição central da formação profissional, e da relação teoria e realidade;
6. Padrões de desempenho e qualidade idênticos nos cursos diurnos e noturnos, com máximo de quatro horas/aulas diárias de atividades nestes últimos;
7. Caráter interdisciplinar nas várias dimensões do projeto de formação profissional;
8. A indissociabilidade nas dimensões de ensino, pesquisa e extensão;
9. Exercício do pluralismo como elemento próprio da natureza e da vida acadêmica e profissional (...);
10. A ética como princípio formativo, perpassando a formação curricular;
11. Indissociabilidade entre estágio e supervisão acadêmica e profissional (Abepss, 1996, p.6-7).

Diante desse processo, se denota que o projeto ético-político do Serviço Social está marcado por desafios, como romper com políticas neoliberais do viés capitalista e a mobilização na defesa de direitos em favor da classe trabalhadora. O Serviço Social brasileiro vem se renovando e avançando ao longo de sua gênese, trazendo avanços teóricos na produção do conhecimento e em sua organização política. Como explicita Braz; Teixeira (2009) ao postularem que:

[...] o processo de renovação do Serviço Social brasileiro, que se abriu na virada dos anos 1970 para os anos 1980, teve prosseguimento nos meios profissionais – recorde-se que a profissão consolida seus avanços teóricos (a produção de conhecimentos), intensifica sua organização política (tocada pelo conjunto CFESS/CRESS e pela ABEPSS) e reformula e atualiza seus estatutos legais (a dimensão jurídico-política da profissão expressa na nova Lei de Regulamentação Profissional e no novo Código de Ética, ambos de 1993); segundo, porque foi justamente na virada da década de 1980 para a de 1990 que os movimentos sociais das classes trabalhadoras brasileiras, ainda que resistindo à ofensiva do capital e valendo-se dos avanços da década anterior, conseguiram galgar níveis de organização e de mobilização que envolveram amplos segmentos da sociedade, inclusive os assistentes sociais (Braz; Teixeira, 2009, p.197).

Braz; Teixeira (2009) ressaltam que o Serviço Social é hoje reconhecido como área de conhecimento no campo de Ciências Sociais aplicadas por parte das agências públicas oficiais de fomento à pesquisa e à inovação tecnológica, conquista pioneira no Serviço Social latino-americano. Corroborando com este pensamento Iamamoto (2014) comenta que no nível da formação acadêmico-profissional existem:

Em agosto de 2011, 358 cursos de graduação autorizados pelo MEC, dos quais dezoito de ensino a distância (EAD) que ofertam, no mesmo ano, 68.742 vagas. Na modalidade presencial os 340 cursos ofertam, em 2011,

39.290 vagas, segundo as Sinopses Estatísticas do MEC, totalizadas por Larissa Dahmer, em 2013.<sup>1</sup> As matrículas em cursos de Serviço Social assim se distribuem, em 2011: na modalidade EAD 80.650 matrículas e na modalidade presencial 72.019 matrículas.

A pós-graduação *stricto sensu* na área de Serviço Social encontra-se consolidada com 34 programas: 34 cursos de mestrado e 16 de doutorado, todos de caráter acadêmico, com ênfase em Serviço Social, Políticas Públicas e Políticas Sociais (Iamamoto, 2014, p.612).

A construção coletiva do projeto de formação acadêmica no Serviço Social rege pela defesa da universidade pública, gratuita e de qualidade, direcionada aos interesses da coletividade na realidade regional e nacional; a universidade que propõe razão crítica e o compromisso com valores universais, coerente com sua função pública, não limitada e submetida a interesses particulares exclusivos de determinadas classes ou frações de classes; uma instituição a serviço da coletividade, que incorpore os dilemas regionais e nacionais como matéria da vida acadêmica, participando da construção de respostas aos mesmos no âmbito de suas atribuições (Iamamoto, 2014).

Vale ressaltar que tais informações foram trazidas para demonstrar a importância do processo formativo contínuo para produção do conhecimento. O Serviço Social no Brasil, como já foi mencionado, teve sua criação entre a articulação da igreja, estado e mercado ao longo dos anos e foi construindo uma formação acadêmica pautada em princípios éticos e políticos que garantam os direitos sociais da classe trabalhadora em meio às expressões da questão social no desenvolvimento do sistema capitalista. Neste sentido, no próximo item será colocado em evidência a trajetória do/a Assistente Social como trabalhador/a.

### **2.1.1 O/a Assistente Social como Trabalhador/a**

O trabalho<sup>11</sup> É um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria execução, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se defronta com a matéria natural como uma força natural, e põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, cabeça, braços, pernas, e mãos, a fim de se apropriar da matéria natural de forma útil para sua própria sobrevivência (Marx, 1996).

---

<sup>11</sup> A palavra trabalho vem do latim *tripalium*, termo utilizado para designar instrumento de tortura, ou mais precisamente, “instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes ainda munidos de pontas de ferro, nas quais agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los” (Albornoz, 1994, p.10).

No trabalho o homem transforma a natureza e é transformado neste processo, pois se trata de um elemento constitutivo do ser social, que o “distingue como tal, e, portanto, que dispõe de uma centralidade na vida dos homens” (Iamamoto, 2013, p. 61). Nesta perspectiva, na realização do trabalho o homem se relaciona consigo mesmo, com o outro e com a natureza, estabelecendo as relações de produção, que somadas a capacidade de produção forças produtivas constituem o modo de produção (Kist, 2008). As relações produtivas incidem sobre a estrutura social e a divisão da sociedade em classes. “Quando as relações materiais de produção mudam, também se alteram as relações entre os homens que ocupam a mesma posição na sociedade de classes” (Kist, 2008, p. 57).

No contexto histórico humano, o processo de trabalho, em seus elementos simples e abstrato é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e independentemente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais. Logo:

No processo de trabalho, a atividade humana efetua, portanto, mediante o meio de trabalho, uma transformação do objeto do trabalho, pretendida desde o princípio. O processo extingue-se no produto. Seu produto é um valor de uso; uma matéria natural adaptada às necessidades humanas mediante transformação da forma. O trabalho se uniu com seu objetivo. O trabalho está objetificado e o objeto trabalhado. O que, do lado do trabalhador aparecia na forma de mobilidade, aparece agora como propriedade imóvel, na forma do ser. Ele ficou e o produto é um fio. [...] Considerando-se o processo inteiro do ponto de vista do seu resultado, do produto, aparecem ambos, meio é objeto de trabalho, como meios de produção e o trabalho mesmo como trabalho produtivo (Marx, 1983, p.151).

Como se pode notar para Marx (1983), o trabalho é a atividade humana na transformação da natureza, para produção de valores de uso, para satisfazer suas necessidades. Em sua concepção, “o processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas [...]” (Marx, 1985, p.153). O valor de uso pode ser classificado como objeto ou matéria-prima, como meio de trabalho ou ainda como produto do trabalho, dependendo da função que exerce em um determinado contexto conforme a sua utilidade para satisfação das necessidades humanas.

Entretanto, se ressalta que do trabalho não se obtêm apenas o valor de uso, mas também o valor de troca, que se refere a relação quantitativa, a valoração real da

mercadoria. É através do valor de troca que o homem vende sua força de trabalho a fim de sustentar-se. Além disso, de acordo com Marx (1996):

O trabalhador trabalha sob o controle do capitalista a quem pertence seu trabalho. O capitalista cuida de que o trabalho se realize em ordem e os meios de produção sejam empregados conforme seus fins, portanto, que não seja desperdiçada matéria-prima e que o instrumento de trabalho seja preservado, isto é, só seja destruído na medida em que seu uso no trabalho o exija. Segundo, porém: o produto é propriedade do capitalista, e não do produtor direto, do trabalhador. O capitalista paga, por exemplo, o valor de um dia da força de trabalho. A sua utilização, como a de qualquer outra mercadoria, por exemplo, a de um cavalo que alugou por um dia, pertence-lhe, portanto, durante um dia. Ao comprador da mercadoria pertence a utilização da mercadoria, e o possuidor da força de trabalho dá, de fato, apenas o valor de uso que vendeu ao dar seu trabalho. A partir do momento em que ele entrou na oficina do capitalista, o valor de uso de sua força de trabalho, portanto, sua utilização, o trabalho, pertence ao capitalista. O capitalista, mediante a compra da força de trabalho, incorporou o próprio trabalho, como fermento vivo, aos elementos mortos constitutivos do produto, que lhe pertencem igualmente. Do seu ponto de vista, o processo de trabalho é apenas o consumo da mercadoria, força de trabalho por ele comprada, que só pode, no entanto, consumir ao acrescentar-lhe meios de produção. O processo de trabalho é um processo entre coisas que o capitalista compra, entre coisas que lhe pertencem. O processo desse processo lhe pertence de modo inteiramente igual ao produto do processo de fermentação em sua adega (Marx, 1996, Tomo I, p. 304).

Neste sentido, para Marx (1996), o trabalhador exerce a sua função sobre o controle do sistema capitalista, o qual para ele vende a sua força de trabalho. Na sociedade capitalista, o desenvolvimento da vida humana é alicerçado na relação antagônica entre capital e trabalho, entre proprietários dos meios de produção e proprietários da força de trabalho, indica uma dada forma de existência dos homens, genérico-individual, no curso do processo histórico na construção do ser social.

É na mudança do modo de produção e de suas relações que o/a assistente social emerge como trabalho, ainda que com caráter de sustentar o berço capitalista no Brasil, visto que havia o comprometimento com manutenção do *status* burguês, trabalhando no sentido de harmonizar a sociedade, cooperando com o apaziguamento da classe trabalhadora, para que estes tivessem condições de reproduzir sua mão-de-obra sem prejudicar o capital (Zacarias, 2013).

O/a assistente social inserido/a na lógica capitalista produz um valor de uso de serviço aos usuários, as comunidades e grupos, as instituições, mas também produz um valor de troca, considerando que ocorre a venda da força de trabalho, sendo um trabalhador assalariado (Prates, 2003). É neste cenário que se fundamenta a instrumentalidade da profissão, com o intuito de formar um profissional que compreenda a finalidade e a objetivação de sua intervenção que vai além de um mero

agente técnico e executor de políticas sociais. (Costa, 2008).

A premissa de compreender a profissão como uma “[...] especialização do trabalho, uma profissão particular inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo da sociedade” (Iamamoto, 2013, p. 22) é um avanço para categoria a partir da reconceituação, se diferenciando do que historicamente constituiu sua identidade profissional.

Os valores humanistas emancipatórios são os indicados a permear a intervenção profissional, considerando sempre as contradições presentes no exercício da profissão, expressos pelos interesses contraditórios dos mandatários do trabalho do assistente social: as instituições que o contratam e a população usuária (Zacarias, 2013, p. 62)

Nessa contradição de interesses sociais, mas aliado a classe trabalhadora, o/a assistente social tem como objeto de trabalho a questão social que consiste no:

[...] conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Iamamoto, 2013, p. 27).

Desta forma, se nota que o/a Assistente Social trabalha na tensão entre produção da desigualdade e produção da resistência, no conflito expresso entre o capital x trabalho. Todavia, o percurso da profissão aponta que nem sempre foi este o objeto de trabalho do assistente social, posto que assim, como sinalizado no início deste capítulo, historicamente o Serviço Social se institui enquanto identidade profissional, como profissão interventiva baseada em métodos e técnicas que permearam a trajetória tecnicista da profissão. O cenário sócio-histórico revela que “[...] as origens do Serviço Social estão fincadas na assistência prestada aos pobres, por mulheres piedosas, alguns séculos atrás” (Estevão, 1992, p. 7). Sua gênese traz a atenção às desigualdades sociais provocadas pelo sistema de acumulação capitalista, ainda que de forma moralista e assistencialista.

A partir do surgimento da sociedade capitalista, quando o lucro deixou de ser pecado ou imoralidade, que a preocupação com as ‘classes despossuídas’ e os problemas sociais e políticos que esta população poderia criar, tornou-se uma necessidade de defesa da burguesia recém-chegada ao poder (Estevão, 1992, p. 10).

A origem do Serviço Social tem em seu âmago a estratégia do projeto político da burguesia capitalista emergente, sendo criado como intervenção amortecedora no tecido social para evitar conflito direto com o proletariado (Martinelli, 2010). Acreditava-se que os pobres eram a causa de sua própria situação e bastavam uma

“[...] ajuda inicial e alguns conselhos bem dirigidos para que se lhes abrissem as portas das benesses que o capitalismo oferecia a todos indistintamente” (Estevão, 1992, p. 16).

A criação do Serviço Social se apresenta nas falhas do capitalismo que acaba por resultar nas desigualdades sociais, descaracterizando a função social da profissão desde seu início, sendo utilizada como instrumento de controle e repressão das classes trabalhadoras, com o fetiche da prática imediata, emergindo em cenário histórico com a identidade atribuída pelo capitalismo e:

Absorvidos pela tecnoburocracia e enclausurados nas instituições para darem operacionalidade para as propostas políticas de prática profissional de cuja elaboração não haviam participado, ora a serviço da classe dominante ora a serviço do estado burguês, os assistentes sociais tiveram roubados os seus espaços de construção de identidade (Martinelli, 2010, p. 156).

O amadurecimento do processo de construção de um fazer profissional baseado num posicionamento ético-político, num aporte teórico-metodológico e técnico-operativo. O avanço na compreensão do capitalismo, das políticas sociais, dos movimentos sociais, do poder local, dos direitos sociais, da cidadania, da democracia, do processo de trabalho, da realidade institucional e de outros tantos temas proporcionou o processo de superação dos assistentes sociais de meros executores de políticas sociais, assumindo funções de planejamento e gestão dessas políticas (Yazbek, 2009).

A profissão do Serviço Social se caracteriza pela prática meramente tecnicista, como executor de políticas advindas da classe dominante, “sempre prontos para oferecer respostas urgentes às questões prementes, desde cedo os assistentes sociais foram imprimindo à profissão a marca do agir imediato, da ação espontânea, alienada e alienante” (Martinelli, 2010, p. 127).

Diante deste contexto e do percurso de identidade da categoria, marcado pelos avanços nas dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativa e ético-política, se tem como desafio constante a superação da prática pela prática, a compreensão de seu fazer como trabalho, considerando as inferências decorrentes desta apreensão bem como a necessária clareza dos elementos que o constituem e da finalidade de sua efetivação. Sendo assim:

É necessário lembrar que o Serviço Social ainda mantém traços de profissão em cuja origem estão presentes elementos vocacionais como: a valorização de qualidades pessoais e morais, o apelo ético, religioso ou político e o discurso altruísta e desinteressado. Nestas profissões, o primado do ser sobre o próprio saber é essencial (Yazbek, 2009, p. 134).

Como enfatizado anteriormente, o projeto profissional em hegemonia na atualidade visa discussões aprofundadas e intervenções que rompam com a lógica da subalternidade e exploração. Entretanto, não são todos os profissionais que assumem esta orientação política, sendo que muitos permanecem conectados à origem da profissão.

No direcionamento do Projeto Ético Político da Profissão (PEPP), há um arsenal de princípios éticos e diretrizes contidos em seu Código de Ética, tais como: liberdade, igualdade, autonomia, defesa dos direitos sociais, dos direitos humanos, da justiça social, entre outros que visam uma nova ordem societária. Estes valores, “[...] enquanto centrais ao trabalho do/a Assistente Social, visa contribuir para superação do discurso tecnicista, da ação sem intenção que divide a teoria da prática” (Zacarias, 2013, p. 64).

Concerne situar as transformações ocorridas no mundo trabalho a partir dos pressupostos neoliberais que traçam a reforma do estado intervindo em todas as esferas da vida social e da própria profissão. Como afirma Antunes (2002), ocorre um processo de fragilização das contratações dos trabalhadores - a terceirização dos serviços, a forma de contratação parcial e temporária, entre outras -, ficando estes à mercê de seus direitos trabalhistas e sociais. A atual conjuntura socioeconômica:

[...] alia-se uma radical alteração nas relações entre o Estado e a sociedade, condensada na ‘Reforma do Estado’, conforme recomendações de políticas de ajuste das economias periféricas, preconizadas pelos organismos internacionais (Iamamoto, 2013, p. 9).

Neste sentido, conforme afirma Iamamoto (2013) a inconsistência do trabalho se instaura com a desregulamentação do mercado de trabalho, o que gera a alteração nos perfis profissionais, assim como nas demandas, nas habilidades e competências necessárias para atender a nova realidade. Logo, se nota que o/a assistente social enquanto trabalhador se inscreve nessas relações, sendo exposto a formas de contratação precárias e encontrando em seu ambiente de trabalho barreiras estruturais e institucionais para o exercício de seu trabalho, devido a fragilidade da contratação.

As transformações societárias desafiam os/as Assistentes Sociais a compreender e intervir nas multifacetadas expressões da questão social, manifestadas no cotidiano dos sujeitos que a experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, entre tantas outras

formas (Iamamoto, 2013). Sendo assim:

Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (Iamamoto, 2013, p. 20).

Para Iamamoto (2013), recai ao a/o Assistente Social, decifrar a realidade em seu aspecto macro representando a totalidade do fenômeno e as questões enfrentadas no contexto micro, na realidade apresentada cotidianamente, correspondendo a particularidade. Frente a esta perspectiva, se torna um desafio para este profissional compreender e intervir nas inúmeras e crescentes expressões da questão social advindas das relações de desigualdade; expressões estas que não se configuram como novas, mas que se apresentam com novas roupagens.

Como se pode notar neste tópico, a profissão vai se consolidando e tendo sua inserção em diferentes espaços ocupacionais, sendo um deles na área da saúde que será o tema abordado a seguir.

## 2.2 APONTAMENTOS SOBRE O TRABALHO DO/O ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Neste item, são abordadas as especificidades do Serviço Social na área da saúde, para tanto, o fio condutor usados para essa reflexão, são os parâmetros de atuação dos/as Assistentes Sociais da saúde; sendo esta atuação construída coletivamente pela categoria profissional e materializado pelo conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social) discorrendo sobre a atuação do assistente social nos espaços sócios ocupacionais.

Neste sentido, se acrescenta que Costa (2009) reitera debates empreendidos no item anterior, sinalizando que o trabalho do/a Assistente Social está submetido a um conjunto de determinações sociais inseridos na sociedade capitalista, enquanto trabalho assalariado, a partir do controle da força do trabalho e da subordinação de seu conteúdo, dos objetivos e necessidades do órgão empregador imprimindo, com isso, relativa autonomia. Assim, o exercício do trabalho do/a Assistente Social ao se vincular à realidade como especialização do trabalho, sofre um processo de organização de suas atividades (Abepss, 1996).

No processo sócio-histórico, a entrada do Serviço Social brasileiro na saúde pública foi demarcada através dos trabalhos com a comunidade, mediante as práticas

educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, estimulando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, inúmeras vezes realizadas por meio de um trabalho educativo, numa perspectiva higienista (Sodré, 2010).

Nesta perspectiva higienista, políticas urbanas e as abordagens individuais sobre a saúde foram desenvolvidas de forma ampla, em que, o Serviço Social tornou-se importante à saúde pública, intervindo na realidade social trazia ainda o “reconhecimento de que a saúde possuía seus determinantes sociais, mas também à afirmação que muitos desses determinantes eram tratados isoladamente” (Sodré, 2010, p. 456).

Vale ressaltar que a partir dos anos 1990, com a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), as mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, direcionadas pelos princípios e diretrizes do SUS, que imputaram novas definições e características tanto ao modelo de gestão quanto aos processos de trabalho, proporcionando a composição de novas modalidades de participação.

Neste sentido, a organização do sistema de saúde passou a atender algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, como a universalização, a descentralização, a integração e cooperação de controle social. Mediante a isto, convém salientar que foi neste cenário que surgiu um conjunto de requisições expressivas ao profissional de Serviço Social a partir de tensões existentes entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições frente ao SUS (Costa, 2009).

Além disso, se ressalta ainda que o/a Assistente Social na área da saúde, é reconhecido como profissional de saúde pela Resolução nº 218, de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde (Pereira; Garcia, 2012). Contudo, ele não é um trabalhador exclusivo desta área, pois possui uma dimensão constitutiva da profissão respaldada por um arcabouço teórico legal; como, por exemplo, a lei de regulamentação profissional a Lei nº 8.662 de 1993, a qual:

Dispõe sobre a profissão do Assistente Social através da Resolução 383/99, caracteriza-o como um profissional de saúde, embora, o artigo 2º da referida resolução, disponha que o Assistente Social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções (Pereira; Garcia, 2012, p.18).

Outro aporte legal que respalda o trabalho dos/as Assistentes Sociais é o Código de Ética<sup>12</sup> que garante alguns princípios fundamentais, dentre eles o:

Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes; autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; dentre; Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física, entre outros (Brasil, 2012, p.15).

Como já mencionado no item anterior, tais aportes legais consubstanciam a dimensão ético-política indissociável às dimensões teórico-metodológica e técnico operativa; corroborando enquanto ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos/as Assistentes Sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social, sendo pensadas e realizadas na qualidade e crítica do Serviço Social na área da saúde em várias ações. Para tanto requer:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária [...] (Cfess, 2010, p.30).

O trabalho do/a Assistente Social na saúde vem sendo debatido junto à categoria profissional à luz do projeto profissional assumido de forma hegemônica, possibilitando a construção de forma coletiva dos parâmetros de atuação dos assistentes sociais na área da saúde (Cfess, 2010).

Esses parâmetros apresentam o exercício profissional dos/as Assistentes Sociais contribuindo significativamente com o cotidiano profissional. Para tanto, os direcionamentos das ações destes profissionais na saúde estão pautados em quatro grandes eixos, sendo eles: atendimento direto aos usuários; mobilizações,

---

<sup>12</sup>O código de ética do Assistente Social vigente foi aprovado em 1993.

participações e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

O primeiro eixo, **atendimento direto aos usuários**, abarca os diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços de média e alta complexidade; ganhando materialidade na estrutura da rede de serviços no país devido às unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculado seja federal, estadual ou municipal (Cfess, 2010).

Dentro desse eixo se destacam três diferentes ações, quais sejam: ações socioassistenciais; ações de articulação com a equipe de saúde; e ações socioeducativas. As ações socioassistenciais, se constituem no atendimento a partir da socialização de informações junto aos usuários diante da demanda apresentada pelos mesmos, quais sejam: democratizar informações, construir perfil socioeconômico do usuário, facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, formular estratégias de intervenção profissional entre outros.

No que se refere às ações de articulação com a equipe de saúde, estas abrangem as atividades interdisciplinares em que o/a Assistente Social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, “dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações [...]” (Cfess, 2010, p. 46). Este mesmo documento produzido pelo CFESS define como ações socioeducativas ao postular que:

[...] orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagem individual, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática [...] devem-se constituir em eixo central da atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde (Cfess, 2010, p.54-55).

O segundo eixo, **mobilizações, participações e controle social**, traz um conjunto de ações voltadas à mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social, como em conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas, e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários

enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde (Cefss, 2010).

O terceiro eixo, **investigação, planejamento e gestão**, envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizam e potencializam a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais (Cfess, 2010).

Vale ressaltar que o processo de descentralização das políticas sociais vem requisitando dos profissionais de Serviço Social as ações nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Neste sentido, a atuação deve ser fundamentada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários.

Destaca-se ainda, que as pesquisas advindas deste eixo tiveram como propósito alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional.

O quarto e último eixo, **assessoria, qualificação e formação profissional**, tem como finalidade as atividades de qualificação e formação profissional visando o aprimoramento profissional, tendo como intuito a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Assim, envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria, que é uma ação desenvolvida por um profissional com conhecimento da área que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alterá-la. A assessoria pode ser prestada ao profissional, à gestão para formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais (Cfess, 2010).

Desta forma, se faz necessário ressaltar que os quatro eixos de atuação profissional aqui apresentados a partir dos parâmetros de atuação do/a Assistente Social na área da saúde, abrangem um conjunto de ações desenvolvidas por esses profissionais frente às demandas apresentadas na área da saúde, sendo uma delas o atendimento à pessoa idosa que será contextualizado no próximo item.

### **2.2.1 O Trabalho Do/a Assistente Social na Área da Saúde no Atendimento à Pessoa Idosa**

Diante do cenário do envelhecimento populacional brasileiro que avança rapidamente, se faz necessário realizar questionamentos ao Estado no sentido que todas as garantias postas no Estatuto da Pessoa Idosa e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa sejam materializadas, de forma a dar conta desse contingente crescente que vai demandar desses serviços. Por outro lado, também não se pode deixar de desmistificar o mito da doença como sinônimo de velhice, antes, construir um serviço público que atenda todas as instâncias da saúde da pessoa idosa, na saúde pública o “envelhecimento é tema de fundamental importância porque configura um novo grupo social que necessita ser atendido, seja em nível de atenção primária, secundária e terciária” (Witter, 2006, p.19).

Como já mencionado no capítulo 1 desta dissertação, o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como diretrizes e princípio a descentralização e a hierarquização da rede de serviços de alta complexidade, média complexidade e a atenção básica, que é a porta de entrada do SUS que tem como atributo, além do atendimento inicial do usuário, ações para prevenção e promoção da saúde,

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 [...] (Brasil, 2012, p.9

A Atenção Básica é fundada pelos sentidos de singularidade, complexidade, integralidade, inserção sociocultural e pela prevenção de doenças e promoção da saúde, especialmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesta reflexão, as UBS ganham um destaque, pois além de ser a porta de entrada do SUS, é de fundamental importância no contexto da saúde, especialmente da pessoa idosa, pois seu diferencial é estar próxima da população, no território onde a demanda específica daquele espaço geográfico acontece, e particularmente por ter em sua diretriz um acolhimento de qualidade objetivando a superação das dificuldades impostas, pois o processo de “acolhimento”<sup>13</sup> às pessoas idosas nas unidades de saúde deve ser

---

<sup>13</sup> O acolhimento passa pela própria estrutura física da unidade, seu corpo profissional multidisciplinar, a humanização do seu atendimento, e até a eliminação de filas e o enfrentamento do descaso aos usuários, especialmente os idosos/as, que em boa parte requerem atenção e cuidados especiais, dadas as suas condições físicas e psicológicas (Aguiar, 2011).

organizado como forma de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso”(Aguiar, 2011, p. 99).

As equipes multidisciplinares das UBS, na maioria das cidades, fazem parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que especialmente ao idoso/a, cabe a essa equipe realizar o contato inicial entre esse usuário e o SUS, seja no espaço público da unidade, seja na comunidade, ou até mesmo no domicílio da pessoa; e ainda, desenvolvendo ações de promoção e proteção da saúde. Desta forma:

Os profissionais da equipe de saúde da família devem estar atentos a mudança do perfil populacional a sua área de abrangência com o significativo aumento da população idosa. Cabe a esses profissionais trabalhar com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce dos agravos mais frequentes na sua população idosa, bem como sua intervenção e medidas de reabilitação voltadas a evitar o afastamento do idoso do seu convívio social e familiar (Portinho, 2013, p.44).

No âmbito da ESF e da própria UBS, o assistente social ocupa um papel de fundamental importância, pois sua atribuição técnica, e o conteúdo teórico metodológico e técnico operativo, a luz do Projeto Ético Político da profissão, dão a esse profissional uma instrumentalidade que subsidiam uma leitura crítica para além das emergências imediatas dos usuários que buscam o sistema público de saúde.

O espaço público da UBS abre caminho para que o/a Assistente Social descortine os determinantes de saúde que estão por trás da doença que conduz o usuário ao serviço de saúde, e possibilita a identificação de outras expressões da questão social que estão porventura recaindo sobre a pessoa idosa ali presente. O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional demanda sobretudo, “uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais” (Brasília, 2009, p.17).

A luta pelo o acesso dos usuários aos seus direitos estabelecidos e garantidos nas leis, o assistente social como membro de uma equipe interdisciplinar, pode contribuir de maneira muito eficiente, fazendo a interlocução entre o usuário e os demais membros dessa equipe, pois dispõe de uma linguagem e uma aproximação mais qualificada em termos de escuta dessa pessoa idosa, qualificando-o a efetuar uma leitura mais ampliada das condições de vida e de saúde, bem como das singularidades dessa pessoa para além da enfermidade propriamente posta.

Neste sentido o/a Assistente Social deve orientar sua prática profissional pautando-se na visão histórico-crítica, deve estar atento ao direcionamento das

políticas públicas que contemplem a atenção à pessoa idosa, nos projetos de saúde no âmbito do SUS. Pautado no compromisso assumido no projeto ético político e no código de ética profissional.

De acordo com Torres e Sá (2008) os usuários ao recorrerem ao trabalho da/o assistente social, espera que ele seja capaz de construir uma resposta profissional, que dê conta de sua necessidade, mesmo aquelas de caráter imediato como a ausência de alimentação, a dificuldade de acessar os serviços mais complexos na área de saúde pública, a busca por informação e orientação sobre a vida familiar, o acesso aos direitos sociais. Esse segmento não difere da pessoa idosa.

As pessoas idosas recorrem ao assistente social para o atendimento às suas demandas, tanto aquelas de caráter imediato, relacionadas ao transporte adaptado, o acesso à rede de atendimento socioassistencial à saúde, entre outras. Identificam-se necessidades voltadas à garantia dos direitos sociais e à organização de grupos, com o objetivo de participar das decisões políticas, relativas à área do envelhecimento. Isto ocorre quando as pessoas idosas participam da vida pública do município onde residem, quer seja por meio das ações implementadas via conselho da pessoa idosa, quer seja em outras esferas de decisões: sociedade amigos de bairro, grupos e centros de convivência, universidades e faculdades abertas à 3ª idade, dentre outros (Torres; Sa, 2008).

O Serviço Social assim como os/as assistentes sociais vão construindo sua maturidade intelectual, corroborando para o exercício profissional em uma perspectiva teórico-prática e teórico-crítica, na realização de ações consubstanciadas pela análise da vida social e suas contradições, reconhecendo a pessoa idosa a partir de sua condição de classe, identificando necessidades e estratégias de resistência, e sobrevivência dessa população (Torres, 2020).

De acordo com Alves (2021) o trabalho profissional da/o Assistente Social com a pessoa idosa nos serviços de saúde, deve orientar-se pela perspectiva da humanização e do atendimento integral, ampliando a compreensão do conceito de saúde, garantindo a universalidade do acesso aos serviços de prevenção, e promoção da qualidade de vida. Ao socializar informações a respeito dos direitos sociais, o profissional contribui para que as próprias pessoas idosas possam lutar pelos mesmos nos espaços democráticos, no âmbito dos fóruns e conselhos para pessoas idosas e da saúde.

A implantação desse processo de humanização, especialmente no trato com a

pessoa idosa, é de fundamental importância, visto que se trata de uma pessoa que já carrega em sua vivência marcas de exploração e violência, seja no âmbito familiar, ou na ferocidade de uma sociedade marcada pela desigualdade e pela negação de direitos. Ao profissional de serviço social recai o desafio de interagir para que possa contribuir de maneira eficaz na condução e na construção dessa nova realidade humanizada.

Cabe ressaltar que é mediante as estratégias de intervenção na realidade social, que o compromisso do Serviço Social se efetiva. Dada a dinamicidade do cotidiano profissional, é a partir do direcionamento assumido pelo/a Assistente Social, da sua competência crítica; a depender da autonomia, dos recursos e meios na criação de novas possibilidades de resposta concreta nas instituições; que serão construídas as condições necessárias para assumir e efetivar o compromisso ético-político, em defesa e luta pelos direitos da pessoa idosa (Alves, 2021).

Ademais, é importante entender que prática do/a assistente social por si só não garante a integralidade na atenção à saúde da pessoa idosa, sendo necessárias equipes interdisciplinares, envolvendo outros profissionais, e diversas áreas do conhecimento, de modo que, em conjunto contribuam para formulação, implementação e avaliação das ações em diversas dimensões, compreendendo a pessoa idosa na totalidade do ser social. Ao profissional de serviço social cabe o desafio de interagir para que possa contribuir de maneira eficaz na condução e na construção dessa nova realidade humanizada.

### **3 ESTADO DA ARTE SOBRE DIREITOS DE SAÚDE PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL: O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL**

Neste capítulo se aborda de forma detalhada o percurso metodológico empreendido na pesquisa, se apresenta os dados encontrados de acordo com o objetivo central deste estudo, o qual visou analisar a partir das dissertações como se apresentam os direitos de Saúde da Pessoa Idosa na Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa, particularizando o trabalho da/o Assistente Social neste cenário.

#### **3.1 PERCURSO METODOLÓGICO**

Neste item se apresenta o percurso metodológico deste estudo, desse modo, convém salientar que a pesquisa pode ser apreendida enquanto uma atividade da ciência, inerente ao processo de construção do conhecimento, mediante investigação de um objeto de estudo inserido no real, articulando neste processo, métodos, conceitos, técnicas e proposições que possibilitam desvendar as nuances que estão envoltas à problemática em estudo (Minayo, 1994).

Além disso, convém salientar que se recorreu à metodologia do Estado da Arte, composta de dois momentos indissociáveis que reiteraram as abordagens quantitativa e qualitativa. De acordo com Ferreira (2002, p. 265), o primeiro momento, é aquele em que ele interage com a “produção acadêmica através da quantificação e de identificação de dados bibliográficos, com o objetivo de mapear essa produção num período delimitado, em anos, locais, áreas de produção”. O segundo momento,

É aquele em que o pesquisador se pergunta sobre a possibilidade de inventariar essa produção, imaginando tendências, ênfases, escolhas metodológicas e teóricas, aproximando ou diferenciando trabalhos entre si, na escrita de uma história de uma determinada área do conhecimento. Aqui, ele deve buscar responder, além das perguntas “quando”, “onde” e “quem” produz pesquisas num determinado período e lugar, àquelas questões que se referem a “o quê” e “o como” dos trabalhos (grifos do autor) (Ferreira, 2002, p.265).

A metodologia do Estado da Arte significa uma contribuição importante na constituição do campo teórico de uma área de conhecimento, posto que identificando os aportes significativos da construção da unidade teoria e prática pedagógica, aponta as restrições sobre o campo em que se move a pesquisa, as suas lacunas de disseminação, caracterizando experiências inovadoras investigadas que demonstrem alternativas de solução para os problemas da prática e reconhecendo as contribuições da pesquisa na constituição de propostas na área focalizada (Romanowski; Ens, 2006). Além disso:

Os estudos realizados a partir de uma sistematização de dados, denominada “estado da arte”, recebem esta denominação quando abrangem toda uma área do conhecimento, nos diferentes aspectos que geraram produções. Por exemplo: para realizar um “estado da arte” sobre “Formação de Professores no Brasil” não basta apenas estudar os resumos de dissertações e teses, são necessários estudos sobre as produções em congressos na área, estudos sobre as publicações em periódicos da área. O estudo que aborda apenas um setor das publicações sobre o tema estudado vem sendo denominado de “estado do conhecimento” (grifos do autor) (Romanowski; Ens, 2006, p.39-40).

Sendo assim, a partir desses dois momentos, com dados quantificáveis e a análise qualitativa, foi possível chegar aos objetivos propostos nesta dissertação, uma vez que estes momentos apreenderam a realidade em sua totalidade peculiarizando a compreensão que se tem sobre o trabalho do/a Assistente Social na área da saúde na particularidade da atenção à pessoa idosa.

Neste sentido, em um primeiro momento realizou a identificação do tema e seleção da questão de pesquisa que consistiu nas definições compreendidas inicialmente pelo sujeito em relação ao objeto de estudo, através da elaboração de uma pergunta norteadora para pesquisa. Este estudo se estruturou por meio da seguinte problemática: como se apresentam os direitos de saúde da pessoa idosa na Política Nacional de Saúde, particularizando o trabalho do/a Assistente Social neste contexto?

Posteriormente, se estabeleceu os descritores dos bancos de dados e da estratégia de busca, esta última consiste numa “[...] técnica ou um conjunto de regras para tornar possível o encontro entre uma pergunta formulada e a informação armazenada em uma base de dados” (Botelho; Cunha; Macedo, 2011). Sendo assim, a partir dos aportes teóricos desenvolvidos nos capítulos anteriores se definiu como fio condutor os seguintes descritores: SUS, Política de Saúde, Serviço Social, Trabalho da/o assistente social e Pessoa Idosa.

Em um terceiro momento, se definiu o banco de dados para realização desta pesquisa, optando pela utilização dos artigos dos principais periódicos da área de Serviço Social, com classificação Qualis A1, sendo elas: Revista Serviço Social & Sociedade, Revista Katálysis (UFSC) e Textos & Contexto (PUCRS) frente à grande circulação destas revistas para a categoria dos Assistentes Sociais.

Desse modo, nesse universo de pesquisas, nenhuma publicação foi encontrada de acordo com o objetivo proposto e a opção foi, então, a realização da pesquisa através do banco de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

(BDTD). Vale ressaltar que de início a pesquisa seria elaborada através da análise de teses e dissertações de acordo com o foco e marco temporal apresentados anteriormente, após uma pesquisa extensa na base mencionada foi encontrado apenas uma tese que abordava a temática proposta, mas esta era da área de enfermagem. Frente a isto, a pesquisadora optou em trabalhar com as dissertações encontradas na área do Serviço Social.

Diante disso, a pesquisa foi elaborada a partir da análise das dissertações publicadas no *site* BDTD, com foco nos direitos à saúde da pessoa idosa, particularizada no trabalho do/da assistente social na área da saúde, voltado ao atendimento à pessoa idosa entre os anos 1999-2023, momento em que ocorreu a aprovação e regulamentação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Brasil (Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999-atualizada pela portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006).

Foram encontradas 29 dissertações sobre a temática, após leitura minuciosa constatou-se que apenas 5 desses trabalhos estão em concordância com marco temporal e o objetivo dessa pesquisa. Os trabalhos selecionados, estão detalhados no quadro a seguir, utilizando as seguintes informações: títulos, ano de defesa, programa e instituição.

**Quadro 1:** Dissertações sobre os direitos à saúde da pessoa idosa e o trabalho do/a Assistente Social

Dissertação (D)	Título	Ano de Defesa	Programa	Instituição
D1	Envelhecimento ativo: um desafio para a equipe multidisciplinar e para as pessoas idosas frequentadoras da Unidade de Atenção ao Idoso (UAI), no município de Uberaba – MG.	Defesa 2014	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	Universidade Estadual Paulista (UNESP)
D2	As múltiplas dimensões da garantia dos direitos do paciente idoso internado: o caso de uma instituição hospitalar pública no município de Natal/RN	Defesa 2015	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
D3	Os impactos das condições de vida e de trabalho de idosos na garantia à saúde: uma análise a partir do trabalho profissional do Serviço Social do HUAP/UFF	Defesa 2018	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social Centro de Ciências Sociais:	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

			Faculdade de Serviço Social.	
<b>D4</b>	Análise da instrumentalidade do trabalho de assistentes sociais na saúde junto a idosos	Defesa 2020	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social UFPB.	Universidade Federal da Paraíba Brasil
<b>D5</b>	A proteção social nos serviços de saúde voltados à pessoa idosa em Céu Azul – PR.	Defesa 2021	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Fonte: elaborada pela autora/2024

Nesse quadro se reitera o quantitativo de 5 dissertações encontradas entre os anos de 2014 à 2021, denota-se que todas são vinculadas a Universidades Públicas de natureza Estadual ou Federal, e todas são de Programas de Pós-Graduação em Serviço Social. De acordo com os dados apresentados no quadro 1, somente no ano de 2014-houve a primeira publicação no *site* BDTD de uma dissertação sobre a pessoa idosa trazendo elementos da Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa. As próximas dissertações, abordando a mesma temática, só foram publicadas nos anos de 2015, 2018, 2020 e 2021, percebendo-se um espaçamento de aproximadamente 15 anos da primeira dissertação publicada no *site* BDTD e da criação da Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa.

Ao analisar os resumos das dissertações apresentadas no quadro 1, se evidencia que a dissertação D1, de natureza qualitativa, utilizou de questionários para coletas de dados. No tange a dissertação D2, também de natureza qualitativa, foi realizada através de uma revisão de literatura e uma pesquisa de caráter documental, com pesquisa campo por meio, de entrevistas semiestruturada.

A dissertação D3, utilizou da pesquisa documental com base nos relatos do Livro de Registros dos atendimentos do Serviço Social conforme as entrevistas (Avaliações Sociais) realizadas com os idosos/as internados na enfermaria cirúrgica masculina no Hospital Universitário Antônio Pedro, localizado no município de Niterói-RJ. Vale ressaltar que neste trabalho não foi possível evidenciar a natureza de sua pesquisa.

A dissertação D4, de natureza quantitativa, foi desenvolvida através da pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica tomou como base os trabalhos do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) de 2016 e 2018, e do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) de 2013 e

2016, além dos artigos dos periódicos A1 da área de Serviço Social: Revista Katálisis (UFSC) e Serviço Social & Sociedade.

Já a dissertação D5, se trata de uma pesquisa aproximativa, exploratória e com aspectos metodológicos qualitativos. Para construção da pesquisa foram realizados levantamentos e seleções bibliográficas, pesquisa documental e a entrevista, que contou com um roteiro semiestruturado. De acordo com Minayo; Sanches (1993) a investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

Assim, a análise destas dissertações foi devolvida a partir dos seguintes eixos:

- Sistema Único de Saúde (SUS).
- Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa (PNSPI).
- Política Nacional da Pessoa Idosa (PNI) e Estatuto da Pessoa Idosa.
- Parâmetros de atuação do Serviço Social na saúde e o trabalho do/a assistente social na saúde com a pessoa idosa.

### 3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No tocante ao SUS, as dissertações<sup>14</sup> D3, D4, D5 convergem ao trazer em seus trabalhos a importância deste sistema através das legislações de regulamentação na D5 por exemplo:

A Lei nº. 8.080/1990 dispõe sobre “[...] as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 2003a, p. 161). E a Lei nº. 8.142/1990, que também é de extrema importância para a Política de Saúde, “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde[...]” (BRASIL, 2003 b, p. 177) (D5, p.31).

As demais dissertações ao citar o SUS também versam sobre a leis de regulamentação, entretanto não trazem todo processo de construção do sistema de forma crítica, apenas abordam a sua regulamentação legal. Em relação aos princípios do SUS as dissertações D3 e D5 explicitam esses princípios de forma pontual explicando cada um deles e não havendo divergências e nem críticas em suas colocações sobre o mesmo a exemplo da D3:

(...) tem como princípios básicos: Integralidade, Universalidade e Equidade,

---

<sup>14</sup> As dissertações aqui analisadas serão apresentadas de acordo com as mencionadas no quadro 1: D1, D2, D3, D4 e D5.

e como princípios organizativos: Descentralização, Hierarquização, Regionalização, Participação da Comunidade, Resolutividade e Racionalidade e Complementaridade do setor privado (D3, p.96).

Como já sinalizado no capítulo 1, esses princípios expressam avanços significativos na política de saúde, sobretudo, a Lei 8.142 que expressa o controle social que é um marco importante para todas as políticas. Assim, a dissertação D4 ao trazer os princípios que estabelecidos nas leis de regulamentação do SUS complementa sinalizando entender a saúde como um direito de cidadania ao explicitar que:

A universalização implica entender a saúde como um direito de cidadania, a partir da qual todos têm direito a usufruir dos serviços e ações públicas de saúde, que devem ser oferecidas pelo Governo em suas três esferas. Para Teixeira (2011), a universalidade pressupõe a cobertura dos serviços à toda população, exigindo que sejam superados os limites jurídicos, econômicos e sociais que permeiam o processo de implementação e efetivação dos serviços (D4, p.27).

Marshall (2002) entende que a cidadania é um *status* concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade”. Todos aqueles que possuem o *status* são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao *status*. Benevides (1994, p.94) compreende que “[...] cidadania corresponde ao conjunto de liberdades individuais – os chamados direitos civis de locomoção, pensamento, expressão, integridade física e associação.”

Para Chauí (2021) cidadania é definido pelos princípios da democracia, significando conquista e consolidação social e política. Isso quer dizer que a cidadania tem sido um conceito que reivindica a democracia e está associada ao reconhecimento do outro, bem como está atrelada ao discurso dos direitos civis e políticos. Diante disso, se nota que a cidadania é um conjunto de direitos que possibilita às pessoas participarem efetivamente na construção e decisão política da sociedade. Neste íterim, as dissertações D1 e D2 citam o SUS somente a partir de serviços de saúde prestados.

A política de Saúde no Brasil vem se transformando e consolidando ao longo de seu desenvolvimento, principalmente após a Constituição de 1988 que garante a saúde como um direito universal. O SUS consiste em uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, de caráter público e em todas as esferas do governo, com controle pelos usuários por meio de participação popular. Assim, se entende que a saúde depende, sobretudo, de ações mais democráticas, e, se tratando de avanços importantes na saúde, certamente a criação do SUS é marco

histórico de extrema importância para o povo brasileiro apesar das lacunas existentes em seu processo de efetivação.

Desse modo, dando continuidade nas análises propostas nesta dissertação, no próximo item se analisa o eixo da Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa.

### 3.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA

No que se refere a Política Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa (PNSPI), as dissertações D2, D3, D4 e D5 se convergem ao explicitar esta política, no entanto, elas abordam esta política de forma pontual trazendo elementos existentes em sua legislação sem acréscimos ou críticas como expressam as dissertações D2 e D3:

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), na qual se determina que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (D2 p.150).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/2006) revisa e atualiza a Portaria 1.395/99 e aponta que sua finalidade é “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS”. Também prioriza a articulação intersetorial entre as áreas da Educação, Previdência Social, SUAS (Sistema Único de Assistência Social), Trabalho e Emprego, Desenvolvimento Urbano, Transportes, Justiça e Direitos Humanos, Esporte e Lazer e Ciência e Tecnologia (D3, p135).

Como mencionado no capítulo 1, somente após a Constituição de 1988 foram abordados os direitos à pessoa Idosa no Brasil. Contudo, mediante a debates e conferências, se viu a necessidade de amparar o contingente que envelhece, e se cria legislações para tanto, entre elas a Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa.

As dissertações D3 e D4 explicitam com veemência sobre a finalidade da PNSI, já a D2 realiza o debate de “que a saúde da pessoa idosa é prioridade na atenção integral na PNSPI”, entendemos que ao demarcar isso, demonstra um direito de cidadania, direito esse que fora demarcado pelo SUS conforme se explicitou no item anterior.

Além disso, outro aspecto importante abordado nas dissertações D2, D4 e D5 é sobre as diretrizes apontados na PNSPI como expressa a dissertação D5, ao postular que:

Essa política define diretrizes norteadoras de todas as ações no setor da saúde para o atendimento à pessoa idosa, com indicação de responsabilidades para o alcance da proposta, sendo as seguintes:  
a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de

assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (BRASIL, 2006 b, p. 5) (D5, p36).

Como se nota a importância dessas diretrizes como definições norteadoras para o desenvolvimento e efetivação dessa política como direito à saúde da pessoa idosa. Para a execução das diretrizes da PNSPI, o SUS conta com as equipes de Saúde da Família para a Assistência Básica de Saúde, Hospitais Gerais e Centros de Referência à Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2002).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) executa um importante papel na estruturação da atenção à saúde no SUS como ordenadora e coordenadora do cuidado, visando garantir a continuidade das ações de saúde, além de contribuir para a organização dos pontos de atenção, com ampliação do acesso e qualificação do cuidado, é a porta de entrada dos usuários do SUS (Brasil,2014).

As UBS são compostas por equipes multiprofissionais e responsáveis por ações de saúde individuais e coletivas. As prioridades das equipes das UBS, se encontram a identificação e o registro das condições de saúde da população idosa no território. O cuidado da pessoa idosa se inicia com a corresponsabilidade entre profissionais da atenção básica e dos profissionais que atuam nos demais pontos de atenção dos diferentes componentes, possibilitando as articulações necessárias para potencializar as ações desenvolvidas pela Rede de Atenção à Saúde de forma integral (Brasil,2014).

As pessoas idosas estão vinculadas às UBS, independentemente de serem assistidas em outro ponto de atenção, sendo a responsável pelo acompanhamento do caso, de forma articulada e integrada aos outros pontos de atenção. Neste sentido, a dissertação D2, ainda destaca a importância de algumas mudanças relacionadas ao crescimento da população idosa a partir de uma citação de Martins (2006):

Com o crescimento da população idosa, ocorreram mudanças relacionadas à desigualdade socioeconômica, afetando a estrutura etária da população e ocasionando problemas que necessitam de solução imediata que garantam ao idoso a preservação da saúde e condições de autonomia e dignidade. Para que essas situações sejam viabilizadas, urge a necessidade de trabalhar o contexto social e humano do idoso em suas diversas interfaces (MARTINS *et al*, 2006, p. 27) (D2, p.152,153).

No Brasil, 7,6% da população tem 65 anos ou mais, a parcela será de 9,4% em 2020 e 11,3% em 2025, padrão similar ao de alguns países ricos (Gomes, 2016). Há uma expectativa de que esta proporção seja de 18,6% em 2030, e de 33,7% em 2060 (Brito *et al.*, 2018). Esta mudança requer significativo aumento da oferta de infraestrutura, já que a população idosa requer mais amparo dos serviços de saúde.

As dissertações D2, D4 e D5 também explicitam que objetivo da PNSPI consiste em permitir um envelhecimento saudável com capacidade funcional visto que ela:

Tem por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a capacidade funcional, a autonomia e manter o nível de qualidade de vida da pessoa idosa, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. No que se refere a capacidade funcional da pessoa idosa, a PNSPI considerou pessoa idosa com classificação de risco frágil ou em situação de fragilidade aquela que:

[...]vive em ILPI; encontra-se acamado; esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão; apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional (acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros); encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. (BRASIL, 2006b) (D5, p.36).

De acordo com Tavares *et al.*, (2017) a OMS define o envelhecimento saudável como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”. A capacidade funcional, por sua vez, pode ser compreendida como a associação da capacidade intrínseca do indivíduo, características ambientais relevantes e as interações entre o indivíduo e essas características.

Apenas, a dissertação D5 expressa seu posicionamento sobre PNSPI, reconhecendo que ela traz avanços no que diz respeito a saúde da pessoa idosa no Brasil, no entanto enfatiza que essa área ainda demanda atenção por parte do Estado ao afirmar que:

A partir dos referidos dispositivos legais supramencionados, principalmente a PNSPI, a Política de Saúde teve importantes avanços no que diz respeito à ampliação e implementação dos serviços de saúde disponibilizados à pessoa idosa no Brasil. Entretanto, apesar dos avanços e conquistas, a efetivação dos direitos da pessoa idosa ainda demanda atenção por parte do Estado (D5, p.37).

A dissertação D1, não aborda sobre a Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa em seu trabalho. Em contrapartida, as demais dissertações explicitaram de forma significativa sobre a PNSPI, entretanto é importante destacar que essa política não é expressa somente pela lei, mas por uma construção sócio-histórica de luta por

direitos à saúde da população idosa.

Os processos de implantação da PNSPI ao longo do tempo, foram proporcionando aporte de direitos à saúde à pessoa idosa, embora sua implementação seja lenta e gradativa. As ações necessárias para dar consequência às diretrizes da PNSPI requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores e do Estado. Nesse sentido, os gestores devem estabelecer processos de articulação permanente em suas respectivas áreas de abrangência, visando parcerias e integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos.

Assim, se tratando de legislações que visam a garantia de direito da pessoa idosa, no próximo item serão analisadas as especificações da Política Nacional da Pessoa Idosa e o Estatuto da Pessoa Idosa.

### 3.4 ESPECIFICAÇÃO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DA PESSOA IDOSA E O ESTATUTO DA PESSOA IDOSA

No que se refere a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNI) as dissertações D1, D2, D3, D4 e D5 convergem em explicitar essa legislação, contudo elas apresentam de forma em apenas discorre-la sem maiores críticas, assim como se apresenta nas dissertações D2 e D3:

[...] na década de 1990, destaca-se a elaboração da PNI (1994), que representou o marco na definição das políticas voltadas para o idoso no Brasil, uma vez que foi a primeira legislação específica para essa faixa etária. Ela assegura os direitos sociais e amplo amparo legal ao idoso e estabelece as condições para promover sua integração, autonomia e participação efetiva na sociedade (Art. 1º). Sendo assim, objetiva atender as necessidades básicas da população idosa no que concerne à educação, saúde, habitação, urbanismo, esporte, trabalho, assistência social e previdência (D2, p.86).

A Lei 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, ressalta em seu Capítulo IV as ações governamentais e competências dos órgãos e entidades públicos no atendimento ao idoso nas áreas da Assistência Social; Saúde; Educação; Trabalho e Previdência Social; Habitação e Urbanismo; e Justiça e Cultura, Esporte e Lazer (D3, p.134)

Assim, como mencionado no capítulo 1, no período posterior à criação do SUS, uma das primeiras iniciativas específicas para as pessoas idosas foi a criação da PNI de 1994. A Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional da Pessoa Idosa e dá outras providências regulamentadas pelo Decreto 1.948, de 03 de julho de 1996, que, em seu Art. 2º, considera pessoa idosa aquela com idade a

partir de 60 anos. Essa política tem por objetivo assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

A dissertação D2 complementa, em ressaltar através de uma citação de Pessoa (2010), que a PNI foi criada para promover a longevidade com qualidade de vida para aqueles que já se encontram na velhice, bem como para quem irá envelhecer como evidenciado na “[...]Pessoa (2010, p. 106) a PNI foi criada para promover a longevidade com qualidade de vida, preocupando-se não apenas com os que já estão velhos, mas também com os que vão envelhecer” (D2, p.87).

Outro ponto importante trazido pela dissertação D2, é que o PNI surgiu em um contexto de crise no atendimento à pessoa idosa, demandando uma reformulação na estrutura existente de responsabilidade do Estado. Logo, a PNI surgiu:

Em um cenário de crise no atendimento à pessoa idosa exigindo uma reformulação em toda a estrutura disponível de responsabilidade do governo e da sociedade civil. Podemos inferir então que a PNI consiste em uma resposta diante das reivindicações da sociedade, da qual fizeram parte diversos segmentos sociais: idosos ativos, aposentados, profissionais da área de gerontologia, dentre outros (D2, p.87).

De acordo com as dissertações D1, D2, D3, D4 e D5 para garantir a efetividade, da PNI ela é baseada em alguns Princípios e Diretrizes, que permitem uma consideração maior acerca do papel social atribuído à pessoa idosa, bem como a responsabilidade do Estado, da família e de toda sociedade civil o dever de assegurar à pessoa idosa os direitos de cidadania. Sendo evidenciado pela D3 ao afirmar que:

Compete à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar ao idoso todos os direitos referentes à cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e qualidade de vida; (D3, p.86).

Somente a dissertação D4 traz em seu trabalho reflexões sobre a efetividade da PNI, essa autora considera que embora tenha tido avanços enquanto conquista frente às reivindicações em termos direitos a pessoa idosa no entanto a PNI se mostrou incipiente:

É pertinente trazer à luz deste trabalho a reflexão sobre a efetividade da política, ao considerar que embora possua um avanço imperativo enquanto conquista frente às reivindicações do segmento idoso, a PNI ainda se mostrou incipiente na determinação das responsabilidades de cada órgão, instituição, serviço, deixando lacuna em questões essenciais à sua concretude, a exemplo de a quem competiria as responsabilidades pela promoção e defesa dos direitos, pelo zelo na cumprimento das normas, na prevenção das situações de abuso, etc. (D4, p.92).

Neste sentido, a Lei em discussão se rege por determinados Princípios e Diretrizes, tais como: assegurar à pessoa idosa todos os direitos de cidadania, sendo a família, a sociedade e o Estado os responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida.

O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade de forma geral e a pessoa idosa não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza, bem como deve ser o principal agente e o destinatário das transformações indicadas por essa política. E, por fim, cabe aos poderes públicos e à sociedade em geral a aplicação dessa lei, considerando as diferenças econômicas, sociais, além das regionais.

No que tange o Estatuto da Pessoa Idosa as dissertações D1, D2, D3, D4 e D5 se convergem em citarem essa lei de forma pontual. Na dissertação D4 é postulado que:

[...] o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) possui como finalidade regular os direitos da pessoa idosa instituídos na legislação. Tal mecanismo de regulação ratifica que a pessoa idosa possui os direitos de pessoa humana, devendo ter facilitadas as oportunidades de acesso à preservação de sua autonomia e dignidade na efetivação dos direitos essenciais à vida, saúde, educação, ao esporte, lazer, trabalho, à liberdade, convivência familiar e comunitária, visando à integralidade das esferas biopsicossociais, enquanto obrigatoriedade da família, da comunidade, sociedade e do poder público (Brasil, 2003, p.9) (D4, p.92).

A dissertação D1 complementa em explicitar que o Estatuto da Pessoa Idosa reafirma os direitos básicos garantidos na Constituição de 1988. Essa mesma dissertação também traz que de acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa, uma pessoa é considerada idosa a partir dos 60 anos, esse parâmetro também é estabelecido na PNI como já mencionado anteriormente.

Outro ponto importante nas dissertações D4, D3 e D5 é a questão do termo de “obrigatoriedade” o qual, estabelece compromissos básicos, firmados para o bem-estar da pessoa idosa. No Estatuto da Pessoa Idosa são especificados o tipo de tratamento que devem receber, como por exemplo: direito integral à saúde, à educação, ao trabalho etc. Também constará no referido termo, o tratamento dado à pessoa idosa por sua família, como passeios, um lar agradável, onde sejam respeitados, adaptações na estrutura da casa para que possam se locomover com mais facilidade e continue exercendo suas atividades diárias, sem riscos de quedas e tantas outras medidas como evidenciado na dissertação D4:

[..] o Estatuto do Idoso, a obrigatoriedade “da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao

respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, p. 7, 8) (D4, p.107).

A dissertação D2 avança ao abordar o artigo que no Estatuto da Pessoa Idosa recai os profissionais de saúde a notificarem, aos órgãos competentes, casos suspeitos ou confirmados de violência aos mais velhos. Assim, se lê no Art. 19 que:

Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos (D2, p.197).

O Estatuto da Pessoa Idosa se refere às linhas de ações da política de atendimento à pessoa idosa. Neste são destacados os serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão, e coloca obrigatoriedade a família, no sentido de ser responsável pelos cuidados dos membros idosos/as (Pinto, Barham; Albuquerque, 2013).

Assim, a violência não pode ser vista de forma parcial, unidimensional, mas deve ser levado em consideração suas diversas dimensões e entender que há uma interdependência entre os tipos e fatores associados. Nesse sentido, se entende que a violência é um problema de saúde pública e, para tanto, merece um tratamento especial, bem como a elaboração mecanismos que permitam a prevenção e controle.

Somente as dissertações D4 e D2 trazem em seu trabalho o que consideram como avanço e marco significativo em relação ao Estatuto da Pessoa Idosa.

Dentre os avanços desta lei estão a articulação e responsabilização dos diferentes setores e das políticas sociais que constituem a rede intersetorial de proteção ao idoso, concorrendo no desenvolver do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), com a integração do Sistema Único de Saúde, do Sistema Único de Assistência Social, da Previdência Social, do Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Conselhos, instâncias para promoção, defesa e garantia dos direitos. Nesses moldes, o SGD é empregado enquanto mecanismo permeado de possibilidades em efetivar os direitos da população idosa, no sentido de que encontrem em meio ao processo natural de envelhecimento, condições no âmbito social, cultural, político e econômico, a autonomia e independência para desfrutar e viver esta fase da vida com dignidade (Alcântara, 2016) (D4, p.92).

A dissertação D2 além de considerar o Estatuto como um marco significativo como direito a pessoa idosa ressalta que ele é fruto de organizações das pessoas aposentadas e da sociedade em geral de nosso país.

O Estatuto pode ser considerado um marco significativo no que concerne à conquista de direitos da população idosa. Ele foi consequência da organização e mobilização dos aposentados do nosso país, sendo resultado de uma grande conquista para a sociedade em geral. Aborda diversos

aspectos da vida do idoso e amplia os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos e trouxe inovações ao definir penalidades e sanções para aqueles que impuserem qualquer ação de negligência, discriminação, crueldade e opressão, além de determinar penas de reclusão para pessoas que praticarem qualquer tipo de violência contra a pessoa idosa (D2, p.93).

Vale ressaltar que nenhuma das dissertações analisadas trazem críticas ou contribuições no que diz respeito ao Estatuto da Pessoa Idosa. Mediante a isto, se acredita que o acesso à informação, em particular o que é estabelecido pelo Estatuto da Pessoa Idosa, se torna essencial para o cumprimento da legislação. Contudo, nem sempre as pessoas idosas possuem conhecimento no que tange os seus direitos, existindo uma lacuna sobre o conhecimento das legislações existentes capazes de possibilitar mínimas condições de vida para esse grupo populacional.

Dando continuidade à análise proposta nesta dissertação, no próximo item trataremos sobre os parâmetros de atuação do/a assistente social na área da saúde.

### 3.5 PARÂMETROS DE ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

No que se refere aos parâmetros de atuação do/a Assistente Social na saúde, somente as dissertações D3 e D4 abordam sobre o assunto em seus trabalhos, as duas dissertações convergem em explicitar assim como descrito na dissertação D4:

Diante das elaborações sobre a prática do Serviço Social no setor saúde, merecem destaque os “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde” (CFESS, 2009, p. 9), um documento que norteia a atuação do profissional na rede dos serviços de saúde e sinaliza que seu exercício “[...] passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (Cfess, 2009, p. 26) (D4, p.66).

Neste sentido, como mencionado no capítulo 2, os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na política de saúde, o/a Assistente Social trabalha no atendimento a classe trabalhadora, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos/as trabalhadores/as, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional. É um campo privilegiado de atuação para o/a Assistente Social – que com a direção social adotada pela profissão nas últimas décadas e com a atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais que compartilhem dos princípios e diretrizes defendidos pelo projeto ético político –, o qual contribuirá para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos neste processo. Segundo esse documento, os/as Assistentes Sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle

social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

A dissertação D3 complementa ao destacar a importância do/a Assistente Social na área da saúde ter apropriação de alguns conceitos fundamentais sendo eles concepção de saúde ampliada, integralidade, intersetorialidade, participação social, e a interdisciplinaridade bem como conheça os princípios e realize seu trabalho pautado no Projeto Ético-Político da profissão e no Projeto de Reforma Sanitária:

De acordo com o CFESS (2010), para uma intervenção qualificada do assistente social na área da Saúde é necessário que haja apropriação de alguns conceitos fundamentais, como a concepção ampliada de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade. É imprescindível que o profissional de Serviço Social conheça bem os princípios e que realizem suas ações profissionais na direção do Projeto Ético-Político Profissional e Projeto de Reforma Sanitária (D3, p.79).

Vale ressaltar que de acordo com Segre; Ferraz (1997) a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica, a saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), numa perspectiva ampliada de saúde, define que os sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de vida como desejáveis, organizam suas escolhas e criam possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses.

A estratégia de promoção da saúde apresenta-se como uma possibilidade de potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, enfocando os aspectos que determinam o processo saúde-doença, destacando-se, dentre eles, a violência, o desemprego, subemprego, a falta de saneamento básico, a habitação inadequada e/ou ausente, a dificuldade de acesso à educação, a fome, a urbanização desordenada e a qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada (Brasil, 2006).

Neste sentido, o atual conceito ampliado de saúde se desloca do campo biológico e precisa ser pensado não apenas do ponto de vista da doença, mas dos aspectos econômicos, políticos e histórico-sociais, da qualidade de vida e das necessidades básicas do ser humano, seus valores, crenças, direitos, deveres e das suas relações dinâmicas e construídas ao longo de todo ciclo da vida e do meio em que convive. É indispensável, nesse contexto, se entende a saúde por meio das

relações históricas e socioculturais que o indivíduo mantém com o outro e com a comunidade e nas suas formas de convivência com o meio ambiente.

De acordo com Fontoura; Mayer (2006), o atendimento integral se refere ao atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada, sendo um eixo importante na construção do SUS e se constituindo como um desafio na caminhada de construção do sistema. A integralidade é o caminho que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor, ela busca uma assistência ampliada, transformadora, centrada no indivíduo e não aceita a redução dele nem à doença nem ao aspecto biológico.

A intersectorialidade em saúde é definida como uma coordenação entre setores bem como, uma intervenção coordenada de instituições em ações destinadas a abordar um problema vinculado à saúde (Suaréz,1992) ou ainda como a articulação entre saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas (Junqueira, 1997).

Para Assis (1994), a participação social é entendida não como uma extensão burocrática e executiva, mas como um processo contínuo de democratização no âmbito local, o que implica o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania, e nesse sentido o sujeito deve ser o centro do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde.

Contudo, os usuários dos serviços de saúde, como um campo de força social estão inseridos nesta composição organizacional, ora como utilizador do serviço, ora como participante de Conselhos ou Comissões ainda que de forma pontual. Ressalta-se, no entanto, que estas formas de participação, vêm se revelando como um espaço de reivindicações e expectativas; porém como uma prática educativa, mesmo reconhecendo o caráter de fragmentação das demandas, se traduzindo no cotidiano com solicitações por serviços de atendimento médico especializado e, não propriamente, como um direito à saúde, o que parece bem distante de uma cidadania plena.

De acordo com Souza; Souza (2009), na área da saúde, a interdisciplinaridade é compreendida como uma forma de se abordar situações ou problemas através da integração e da articulação de diferentes saberes e práticas gerando uma intervenção, uma ação coletiva, horizontalizando saberes e relações de poder, considerando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional.

A interdisciplinaridade na área da saúde se configura como um avanço que

intervém na relação profissional-paciente, com significativa melhora no atendimento e tratamento do paciente. Isso ocorre devido a compreensão dos problemas de saúde que requerem diferentes tipos de abordagem ao paciente, não enxergando nele apenas a doença em si, mas também diversas outras informações, sejam elas ambientais, clínicas, comportamentais, sociais e culturais. A abordagem do profissional de saúde, seja na consulta, seja no tratamento, se ordena da maneira mais correta possível, visto que a segurança do paciente no profissional se adequa de forma natural seguindo o desenrolar da ótica biopsicossocial deste.

Outro fator pertinente trazido na dissertação D4 é a resolução que demarca o/a Assistente Social como profissional de saúde. Vale ressaltar que o/a Assistente Social não é um/a profissional exclusivo/a da saúde, seu trabalho perpassa por todas as áreas que demandam busca por garantia de direito a classe trabalhadora:

A Resolução do CFESS, n.º 383/99 de 29 de março de 1999, que caracteriza o assistente social como profissional da saúde, considera que este deve pautar sua intervenção frente aos fenômenos socioculturais e econômicos que perpassam as necessidades em saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, com uma prática direcionada às demandas imediatas dos usuários, a facilitar o acesso às informações e ações educativas, com a finalidade de colaborar com o processo de conscientização da população de que o processo de saúde está atrelado aos determinantes sociais, e portanto as condições materiais de produção e reprodução das relações que integram a dinâmica da vida (CFESS, 1999) (D4,p.65)

A dissertação D4, ainda aborda a importância dos/as Assistentes Sociais manterem suas ações nas instituições de saúde de forma sistemáticas continuadas e principalmente articulada com as comunidades e intersetorial:

Nesse sentido percebe-se a importância de haver, por parte dos assistentes sociais nas instituições de saúde: "(...) ações sistemáticas continuadas, articuladas com as comunidades, escolas, empresas, clubes, associações, sindicatos, destinadas ao enfrentamento direto dos determinantes do processo saúde-doença (D4, p.66).

Diante do exposto, se entende a importância do profissional de Serviço Social estar comprometido com a participação popular, despertando a criticidade no cidadão para que ele possa obter a legitimidade de suas necessidades bem como a garantia, de fato, de seus direitos. De acordo com os parâmetros de atuação na saúde, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusiva apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social.

Os/as Assistentes Sociais são desafiados/a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este desconstrói direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional, pelo movimento sanitário e pela Constituição Federal.

Como mencionado, o/a Assistente Social na área da saúde trabalha na defesa de direitos da classe trabalhadora em todas as suas faixas etárias, inclusive da pessoa idosa a qual analisaremos no próximo item.

### 3.6 DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE COM A PESSOA IDOSA

Em relação ao trabalho do/a Assistente Social na saúde com a Pessoa Idosa das 5 dissertações apresentadas apenas as dissertações D3 e D4 abordam sobre o assunto sem grandes aprofundamentos. Neste sentido, as dissertações D3 e D4 se convergem ao explicitar como enfatiza a dissertação D3:

Em todos os espaços sócio-ocupacionais de atuação do assistente social, ocorrem atendimentos expressivos do ponto de vista numérico à população idosa, sobretudo na área da Saúde, em que a maioria das demandas apresentadas para internação, realização de exames, cirurgias e acompanhamentos ambulatoriais é para a população idosa (D3, p.89).

Esse mesmo trabalho ainda complementa, através de uma citação de Goldman (2018), que a intervenção do/a Assistente Social na defesa dos direitos da população idosa acontece desde a sua gênese. Entretanto, houve várias mudanças no fazer profissional em seu contexto histórico, bem como no posicionamento ético-político.

Na atualidade, o trabalho do/a Assistente Social com a pessoa idosa deve ser pautado sobre uma perspectiva interdisciplinar. Essa interdisciplinaridade é uma intervenção baseada em diferentes saberes profissionais como mencionado no item anterior:

A população idosa é alvo das intervenções profissionais desde a gênese do Serviço Social, porém houve mudanças no posicionamento ético-político e no fazer profissional de acordo com o tempo histórico no interior da profissão [...] Na contemporaneidade, a atuação do assistente social na área do idoso deve ser norteadas sob uma perspectiva interdisciplinar. Importante ressaltar que os assistentes sociais devem ser atuantes na luta pelo alargamento dos direitos dos idosos, contudo os protagonistas desse processo devem ser os próprios idosos, sem que haja a tutela e a ocupação dos espaços políticos voltados à população idosa por outros sujeitos (Goldman, 2018) (D3, p.89,90).

A dissertação D4 complementa que os debates entre a profissão e velhice deixam de ser uma questão privada e passa a ser exigida a mediação do Estado. Neste sentido o/a Assistente Social é chamado a intervir nas demandas e garantia de direito da pessoa idosa em todos os âmbitos, inclusive na saúde:

O diálogo entre a profissão e a velhice se dá, portanto, em um contexto em que o envelhecimento deixa de ser uma questão do âmbito privado e passa a exigir a mediação do Estado. O Serviço Social é chamado a intervir nas demandas da velhice no lastro do movimento que amplia os cuidados aos velhos para além das ações de cunho médico, exigindo atuação pública diante da indigência e do abandono que permeavam a realidade de muitos desses trabalhadores. (ALVES, 2014, p. 61) (D4, p. 114).

De acordo com a dissertação D3, a intervenção profissional na área da saúde com a pessoa idosa acontece em hospitais de rede particular e público, nas unidades de saúde entre outros:

**Na área da Saúde:** em hospitais, da rede pública e privada; nas unidades de saúde; em instituições de longa permanência; nas campanhas comunitárias de vacinação; na prevenção de doenças; na prevenção de quedas; no acompanhamento domiciliar; na informação junto à família; na formulação de políticas de saúde; na orientação, assessoria e consultoria dos movimentos dos usuários de saúde, que contemplem as demandas dos idosos, não de forma exclusiva, e outras atividades (D3, p.91).

Além disso, a dissertação D3 ainda expressa, através de uma citação de Goldman (2018), que campo de trabalho do/a Assistente Social no atendimento à pessoa idosa é amplo:

Com possibilidades de ascensão devido ao crescimento demográfico desse segmento populacional e pelo aumento das demandas crescentes de produtos e serviços voltados aos idosos, levando em consideração que há áreas e subáreas que emergem de acordo com o tempo histórico e que sofrem inflexões com a redução dos gastos sociais por parte do Estado. A redução de investimentos em políticas sociais em todas as áreas nos países capitalistas periféricos, especialmente no Brasil, torna-se uma questão problemática e preocupante, devido ao crescimento da população idosa e ao consequente aumento da demanda por serviços sociais (D3, p.91).

Com o crescimento populacional, o aumento da estimativa de vida e das demandas crescentes de produtos e serviços voltados para as pessoas idosas, e levando em conta a redução de investimento por parte do Estado nas políticas sociais torna se uma questão preocupante e problemática, conseqüentemente resultando no aumento da necessidade da intervenção do trabalho do/a Assistente Social.

De acordo com Lobato (2006) está acontecendo um crescimento acelerado de pessoas idosas, estudos demográficos confirmam que a partir de 2020 o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo no ranque de pessoas idosas, sendo necessário

garantir melhores condições de vida a toda a população em todas suas faixas etárias. No entanto, acredita-se que as desigualdades sociais em nosso país são imensas e tem gerado preocupações com essa geração de pessoas idosas, levando profissionais de várias áreas como: enfermeiros, médicos, fisioterapeuta, assistentes sociais entre outros a se capacitarem para o trabalho nos atendimentos a pessoa idosa.

O desafio atual que se coloca para os/as Assistentes Sociais é garantir o acesso e os direitos da pessoa idosa nas políticas públicas e estimular sua participação nos espaços de controle social, num contexto em que vivenciamos o desmonte da Seguridade Social e das políticas sociais das diversas áreas, com o desfinanciamento, privatização e terceirização.

Pelo exposto nas dissertações analisadas, se entende a relevância das discussões apreendidas, posto que estes trabalhos abordam de forma significativa o contexto histórico de luta, pela garantia de direito à saúde da pessoa idosa, trazendo legislações que fundamentam essa conquista. No entanto, sobre o trabalho do/a Assistente Social na saúde no atendimento à pessoa idosa, se notam poucas discussões sem grandes aprofundamentos, mostrando a necessidade de estudos e pesquisas sobre essa temática.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No decorrer desta pesquisa, se pode tecer algumas considerações de acordo com objetivo desta dissertação que foi analisar a partir das dissertações, como se apresentam os direitos de Saúde da Pessoa Idosa na Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa, particularizando o trabalho do/a Assistente Social, esse processo nos permitiu algumas aproximações; o que não significa conclusões definitivas.

A definição dos elementos constitutivos do projeto, desde a pergunta norteadora até a definição da metodologia foi pertinente para a realização da pesquisa.

Frente ao envelhecimento da população brasileira, há a necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde pública, de modo que possam responder às demandas emergentes do novo perfil demográfico do país, em suas especificidades. O envelhecimento, enquanto fenômeno social e processo multifacetado, diante dos vários componentes que interferem e contribuem para a sua dimensão e complexidade, necessita de uma reflexão enquanto problema social, demográfico, de saúde e organizacional da sociedade.

A centralidade dos resultados fundamentou-se através na trajetória do desenvolvimento da Política de Saúde brasileira após a Constituição de 1988, algumas legislações pertinentes ao direito da pessoa idosa relacionados a área da saúde, o envelhecer no Brasil, dados demográficos, o desenvolvimento do Serviço Social brasileiro e a atuação do/da Assistente Social inserido na saúde no atendimento aos que envelhecem.

O conceito de envelhecimento surgiu no fim da década de 1990, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) designou o processo de envelhecimento para além dos cuidados com a saúde. Essa nova forma de enxergar o processo de envelhecimento demanda mudança de conceitos, o enfoque deixa de ser baseado em necessidades e, conseqüentemente, deixa de colocar a pessoa idosa como alvo passivo. Este aspecto, requer políticas públicas que promovam melhora da qualidade de vida, em todos os âmbitos.

No Brasil a população tem sofrido profundas transformações nas últimas três décadas na sua estrutura etária, se tornando necessário, compreender a dinâmica demográfica do envelhecimento em nosso país.

No que tange a Política de Saúde, este estudo evidencia que somente após Constituição de 1988, que se começa no cenário brasileiro a abordar

constitucionalmente sobre direitos relacionados à pessoa idosa, esses direitos se deram através de lutas de entidades representativas dessa classe, bem como da sociedade civil. Desse modo, a saúde no Brasil passou a ser um direito universal mediante a Constituição Federal de 1988 trazendo a responsabilidade da garantia desse direito ao Estado mediante a criação de políticas públicas e econômicas. Trazendo também a responsabilidade de gestão nas três esferas de governo e também com a participação popular no seu gerenciamento.

No desenvolvimento desse processo se verifica a necessidade de discussões e aparatos jurídicos para o além do que já se constava na Constituição de 1988 relacionados a garantia de direito à pessoa idosa. Em 1990 foi criado no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) objetivando uma nova concepção de saúde, por meio dos princípios que regulamentam o SUS através da lei nº 8.080 e 8.142 de 1990. Um avanço significativo nesse sistema foi o estabelecimento da participação popular na gestão do sistema de saúde, nascendo, assim, uma nova compreensão de saúde, deixando de ser focada na ausência de doença, passando a ser vista e pensada como qualidade de vida.

A Lei nº. 8080 se pauta em três princípios norteadores para o funcionamento do SUS, sendo eles: Universalidade, Equidade e Integralidade. Que consiste em um atendimento igualitário e humanizado para todos/as em qualquer fase de sua vida. Embora o SUS seja algo consolidado, com grandes desafios e lacunas em seu desenvolvimento, o mesmo é considerado como um grande avanço no que tange a saúde brasileira.

No processo de efetivação do SUS, com o objetivo de garantir seus princípios, diretrizes, políticas e programas foram criados. Dentre as políticas criadas se tem a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) regulamentada pela Portaria n.º 1.395/GM em 10 de dezembro de 1999. Essa política com especificidade a pessoa idosa, apresentou como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos/as, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Assim, a PNSPI apresentou avanços no que diz respeito ao direito à saúde para a pessoa idosa, entretanto esses avanços têm desafios em sua materialidade. A partir

do envelhecimento, o Brasil tem construído aportes jurídicos administrativos sobre as crescentes demandas da população que envelhece, visando enfrentar as questões da saúde e do bem-estar da pessoa idosa, grupo que emerge rapidamente no cenário da vulnerabilidade. Para tanto, em 1994 instituiu a Política Nacional voltada especificamente para a pessoa idosa, a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNI), Lei n. 8842/94, a qual foi regulamentada pelo Decreto n. 1948, de 03 de junho de 1996.

A Lei n. 8842/94, teve como objetivo, por meio de diversas ações governamentais distribuídas em diferentes setores, assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Também reafirma o direito à saúde desta população nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Além disso, essa política expressa um avanço no marco das ações direcionadas ao direito da pessoa idosa, demonstrando a importância de garantir, nos marcos legais, autonomia e qualidade de vida a essa população. Entretanto, na realidade brasileira há contradições na sua efetivação devido a própria correlação de força dentro da sociedade capitalista, requerendo ações, mais ampliadas e regulamentadas no bojo do arcabouço jurídico e político. Um exemplo dessa regulamentação adveio o Estatuto da Pessoa Idosa em 2003.

O Estatuto da Pessoa Idosa foi instituído pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas. Esse mecanismo ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. O Estatuto, em várias disposições, segue as diretrizes da Política Nacional da Pessoa Idosa. Além disso, criou mecanismos de garantia de cumprimento de seus ditames, com a previsão de fiscalização e sanção.

A respeito ao direito da pessoa idosa, ainda que tenhamos dispostos na Constituição Federal de 1988, na Política Nacional da Pessoa Idosa, no Estatuto da Pessoa Idosa, ou na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, e mesmo tendo um conjunto de direitos no âmbito da saúde, na efetividade, ainda tem um vasto caminho para que o funcionamento e a aplicação efetiva de todas essas normas protetivas se realizem, tanto no campo do funcionamento das instituições públicas, como no que diz respeito à cultura, e a forma como enquanto sociedade enxergamos a pessoa idosa.

No que se refere ao Serviço Social no Brasil, teve sua criação entre a articulação da igreja, estado e mercado ao longo dos anos e foi construindo uma

formação acadêmica pautada em princípios éticos e políticos que garantam os direitos sociais da classe trabalhadora em meio às expressões da questão social no desenvolvimento do sistema capitalista.

A construção profissional se deu em um processo de um fazer profissional baseado num posicionamento ético-político, mediante a um aporte teórico-metodológico e técnico-operativo. O avanço no entendimento do capitalismo, das políticas sociais, dos movimentos sociais, do poder local, dos direitos sociais, da cidadania, da democracia, do processo de trabalho, da realidade institucional e de outros tantos temas proporcionou o processo de superação de assistentes sociais de meros executores de políticas sociais, assumindo compromissos de planejamento e gestão dessas políticas.

As transformações societárias desafiam os assistentes sociais a compreender e intervir na agudização das expressões da questão social, manifestadas no cotidiano dos sujeitos que a experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, entre tantas outras formas.

Na área da saúde o profissional de Serviço Social, é reconhecido como profissional de saúde pela Resolução nº 218, de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde. Contudo, o/a Assistente Social deve ser reconhecido como profissional inserido na saúde, mas ele não é um trabalhador exclusivo desta área.

O trabalho do/a Assistente Social na saúde vem sendo debatido junto à categoria profissional a luz do projeto profissional assumido de forma hegemônica; possibilitando a construção de forma coletiva, iluminadas pelos parâmetros de atuação dos assistentes sociais nessa área.

As demandas das pessoas idosas e do processo de envelhecimento se apresentam no cotidiano e nos espaços sócio-ocupacionais dos/as assistente social de diversas formas, entender tais demandas como expressões da questão social são fundamentais para a leitura da realidade social dessas pessoas.

No tocante às análises feitas nas dissertações utilizadas neste estudo, entendemos a relevância das discussões apreendidas. Essas pesquisas abordam de forma significativa o contexto histórico de luta, pela garantia de direito no tocante à área da saúde para pessoa idosa, trazendo legislações que fundamentaram essa conquista através das lutas populares.

No entanto, sobre o trabalho do/a Assistente Social na saúde no atendimento à pessoa idosa em consonância com a Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa,

se notam discussões sem grandes aprofundamentos, mostrando a necessidade de estudos e pesquisas sobre essa temática.

É importante salientar que o trabalho profissional da/o Assistente Social com a pessoa idosa nos serviços de saúde, se constitui na perspectiva da humanização e do atendimento integral, ampliando a compreensão do conceito de saúde, garantindo a universalidade do acesso aos serviços de prevenção, e promoção da qualidade de vida. Ao socializar informações a respeito dos direitos sociais, o profissional contribui para que as próprias pessoas idosas possam lutar pelos mesmos nos espaços democráticos, no âmbito dos fóruns e conselhos do idoso/a e da saúde.

Embora depreende-se ainda, que a prática do/a assistente social por si só não garante a integralidade na atenção à saúde da pessoa idosa, sendo necessárias equipes interdisciplinares, envolvendo outros profissionais, e diversas áreas do conhecimento, de modo que, em conjunto contribuam para formulação, implementação e avaliação das ações em diversas dimensões, compreendendo a pessoa idosa na totalidade do ser social. Ao profissional de Serviço Social cabe o desafio de interagir para que possa contribuir de maneira eficaz na condução e na construção coletiva dessa nova realidade humanizada.

## REFERÊNCIAS

- ABAMIDES. M.B.C. **O Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social brasileiro** tese de doutorado em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2006.
- ABEPSS/CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. **Revista Serviço Social & Sociedade** nº 50. São Paulo: Cortez, ano XVII,p. 143-171, abr.1996.
- ALVES. L.L. **POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL E SERVIÇO SOCIAL: desafios e possibilidades no contexto contemporâneo.** p.1-15. 2021 <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho\\_submissa\\_old\\_622\\_622611362d668324.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissa_old_622_622611362d668324.pdf) > acesso em: setembro 2023.
- AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** São Paulo: Martinari, 2011.
- ALBORNOZ, S. **O que é trabalho.** São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.
- ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?** São Paulo. Casa do Psicólogo: Cedecis, 2003.
- AMORIM, C. C; PESSOA, F.S. UNA-SUS/UFMA. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso.** São Luís, 2014.
- ARÊAS, R.dos S. **Os impactos das condições de vida e de trabalho de idosos na garantia à saúde: uma análise a partir do trabalho profissional do Serviço Social do HUAP/UFF.** Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social. 167f. Rio de Janeiro 2018.
- ASSIS, M. M. A. **A Municipalização da Saúde em Feira de Santana- BA: Intenção ou Realidade? Ribeirão Preto,** 1 994. 2 1 0p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- BALTES, P.B; SMITH, J. **Novas Fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade.** A Terceira Idade, 2006.
- BARBOZA, H. H. **O princípio do melhor interesse da pessoa idosa: efetividade e desafios.** In: BARLETTA, Fabiana Rodrigues; ALMEIDA, Vitor (Org.). **A tutela jurídica da pessoa idosa.** Indaiatuba/SP: Editora Foco, 2020.
- BARROS, M.M.L. **Velhice ou terceira idade?** 2ª ED. Rio de Janeiro: ED. FGV; 2000.
- BASTOS.K.K.de S. **Análise da instrumentalidade do trabalho de assistentes sociais na saúde junto a idosos.** Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA. 193f. João Pessoa-PB.2020.
- BATISTA, A.S; JACCOUD, L.B; AQUINO, L.A; El-Moor. D. **Envelhecimento e dependência: desafios para a Organização da Proteção Social.** Brasília: Ministério da Previdência Social, 2008. 160 p.
- BENEVIDES, Maria Vitoria de Mesquita. **Os Direitos Humanos como Valor Universal.** In *lua nova*, n.34, São Paulo, CEDEC.1994.
- BOMTEMPO, T. V. **Revisando o estatuto do idoso na perspectiva do estado democrático de direito,** 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.47231>. Acesso em: 22 de dezembro de 2022.

BORGLIN, G. EDBERG, A. K. & HALLBERG, I. R. The experience of quality of life among older people. **Journal of Aging Studies**, 2005, p. 201-220.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C. de A.; MACEDO, M. **O método de revisão integrativa nos estudos organizacionais**. In: **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, vol. 5, nº 11, pp. 121-136, mai./ agost. 2011.

BRAGA, P. M. V. **Direitos do Idoso**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

BRAGA, P. M. V **Curso de direitos do idoso**. São Paulo: Atlas. 2011.

BRASIL. **Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [texto na Internet]. Brasília; 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm). Acesso 23 de dezembro de 2022.

BRASIL.**Constituição da República Federativa do Brasil**. 5.10.1988. <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: set. de 2022.

BRASIL. **Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de no 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil, no 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e Portarias relacionadas**. Brasília, DF: Editora MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Brasília, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2006b. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>> acesso em: novembro de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. (2006). **Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília (DF).

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. – 10<sup>a</sup> ed. e atua. – Brasília Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. – 10<sup>a</sup> ed. e atua. – Brasília Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde - 3. ed. 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf)>acesso em :setembro de2022.

BRASÍLIA. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Conselho Federal de Serviço Social, 2009.

BRAZ. M.; Teixeira. J. B. **O projeto ético-político do Serviço Social.** In: CFESS; ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRITO, A. M. M. et al. Representações sociais do cuidado e da velhice no Brasil e Itália. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 34, e 3455, 2018.

CARVALHO, J. A. M; GARCIA, R. A. **O Envelhecimento da População Brasileira: Um enfoque demográfico.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: 725-733, mai-jun, 2003.

CATTANI, R.B; PERLINI, N.M.O.G. Cuidar do idoso doente em domicílio na voz dos cuidadores familiares. **Rev Eletrônica Enferm.** 2004. Disponível em: [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br). Acesso 26 de dezembro de 2022.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al.(orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, F. S. de. **Instrumentalidade do Serviço Social: dimensões teóricas-metodológica, ético- política e técnico- operativa e exercício profissional.** 2008. 147 folhas. Dissertação (Mestrado em Serviço Social, Formação Profissional, Trabalho e Proteção Social; Serviço Social, Cultura e Relações) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

CACHIONI, M; TODARO, M.DE.A. **Política nacional do idoso: reflexão acerca das intenções direcionadas à educação formal.** Política nacional do idoso: velhas e novas questões / Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini - Rio de Janeiro: Ipea, 2016. 615 p.: il.: gráfs. Capítulo 05, p.175-198.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al.(orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços.** São Paulo: Cortez, 1996.

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde.** Brasília Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

CHAUI, Marilena. **Cidadania Cultural: O Direito à Cultura – 2. ed. – São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2021.**

DANTAS,P.M.de A.B. **AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA GARANTIA DOS DIREITOS DO PACIENTE IDOSO INTERNADO: O caso de uma instituição hospitalar pública no município de Natal/RN.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. 236f. Natal-RN.2015.

ESTEVÃO, Ana Maria Ramos. **O que é Serviço Social.** - 6. ed. - São Paulo: Brasiliense, 1992.

FERREIRA, N.S. DE. A. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Revista Educação & Sociedade**, ano XXIII, no 79, ago/2002, p.257-272

FONTOURA, R.T. MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm** 2006 jul-ago; 59(4): 532-7.

FLORIANO, T. **A proteção social nos serviços de saúde voltados à pessoa idosa em Céu Azul – PR**. Dissertação (Mestrado Acadêmico campus de Toledo) Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. 111f. Toledo-PR.2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, V. **Envelhecimento demandará grandes investimentos em hospitais**. Blog Economia de serviços: um espaço para debates. 2016

GONÇALVES, C. A. **Direitos à saúde**: um estudo sobre as práticas dos assistentes sociais das unidades de saúde de Sorocaba – SP – 2006. 2006. 120 f. Dissertação (mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2006.

GONÇALVES, C. A. **O programa Reuni**: significado e ressonância da Implantação do curso de Serviço Social da UFG/CCG – 2008/2012. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP. São Paulo: PUC/SP, 2013, 401p.

HADDAD, E.G.M. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social**. São Paulo: Cortez; 1993.

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

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional.24. ed. - São Paulo, Cortez, 2013.

IAMAMOTO, M. V. **A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro**. Serv. Soc., São Paulo, n. 120, p.609-639, out/dez.2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica**, número 29. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2012. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv62715.pdf>. Acesso em 13 de dezembro de 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estudos Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI. Subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estudos Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI. Subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.

JUNQUEIRA, L.AP. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade**. Saúde e Sociedade. V.6, n.2, p.31-46,1997.

KIST, Rosane Bernadete Brochier. **O processo de trabalho do assistente social e a garantia de direitos do idoso a partir da abordagem grupal.** 2008. 162 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Departamento de Programa de Pós-graduação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

LEITE, R.C.B.O. **O idoso dependente em domicílio.** Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 1995. Tese de doutorado.

LIMA, L. D; NORONHA, J. C; MACHADO, C. V. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e amp / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelo Costa Lobato *et al.*- Lobato *et al.*- Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

LIMA, A. M. M; SILVA, H. S., & Galhardoni, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Revista Interface**, 2008 12(27), 795-807.

LOBATO, A.T.G. **Serviço Social e envelhecimento: perspectiva de trabalho do assistente social na área da saúde.** Saúde e Serviço Social/ Maria Inês Bravo...[et.al], (organizadoras), – 2.d. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro:UERJ,2006.

LOPES, A.P. N; BURGARDT, V.M. Idoso: um perfil de alunos na EJA e no mercado de trabalho. **Revista Estud Interdiscipl Envelhec**, 2013, p.30- 311

MARSHALL, Thomas H. **Cidadania e classe social.** Volume I. Brasília: Senado Federal, Centro de Estudos Estratégicos, Ministério da Ciência e Tecnologia. 2002.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação.** – 5. Ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política. O Capital. Crítica da Economia Política.** São Paulo: Abril Cultural, 1983 [1867].

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política.** Tradução por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1985. Livro 1, v.1, t.1. (Os economistas) São Paulo: Nova Cultural. Livro I, Tomo I, 1996.

MARINA, C.S. **O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos Envelhecimento**, 2005, p.1-10

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Diário Oficial da União, 2006. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.htm) Acesso: em 14 de dezembro de 2022.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais.** São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, M.C. SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Revista de Saúde Pública** 9(3):239-262.1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); et al. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

- MORAES, E.N. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MORAES, E.N. Como preparar o sistema de saúde brasileiro para enfrentar o envelhecimento, tendo em vista a mudança do perfil demográfico. **Revista Consensus**, 2014.
- MORAGAS, R.M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.
- NERI, A. L. **Qualidade de vida na idade madura** (5a ed.). Campinas: Papyrus, 2003.
- NERI, A. L. **Proteção legal do idoso no Brasil: universalização da cidadania**. São Paulo: Fiuza, 2003.
- NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Átomo-Alínea, 2006.
- NERI, A. L. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.
- NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007b.
- NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice e subjetividade**. In A. L. Neri (Org), **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea. 2007c.
- MOREIRA, M. A. D. M. *et al.* Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3231-3242, 2014.
- MORSHEL, A., & BARROS, E. B. **Processos de trabalho na saúde pública: Humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde**. *Saúde e Sociedade*, 2014, p. 928-941. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902014000300928](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000300928)> Acesso em 12 de dezembro de 2022.
- NERI, A.L.; FREIRI, A.S. **E por falar em boa velhice**. São Paulo: Papyrus. 2000.
- NERI, A. L.; YASSUDA, M. S., & CACHIONI, M. **Velhice bem- -sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papyrus, 2004.
- NORMAN, A. H. TESSER, C. D. **Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 2012-2020, set, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.
- PAIM, J. S.; ALVES FILHO, N. de A. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299 – 316, agosto. 1998.
- PEDROSA, W.C. **ENVELHECIMENTO ATIVO: um desafio para a equipe multidisciplinar e para as pessoas idosas frequentadoras da Unidade de Atenção ao Idoso (UAI), no município de Uberaba-MG**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. 202f. Franca-SP. 2014.
- PEREIRA, J.J.B. J; FRANCIOLI, F.A. DE. S. **Materialismo histórico-dialético: contribuições para a teoria histórico-cultural e a pedagogia histórico-crítica**. *Geminal: Marxismo e Educação em Debate*, Londrina, v. 3, n. 2, p. 93-101, dez. 2011.

- PEREIRA, P. L.; GARCIA, V. L. **Serviço Social & Realidade**. França, v. 21, n. 1, 2012.
- PINTO, F. N. F. R., BARHAM, E. J., & ALBUQUERQUE, P. P. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 3(13), 1159-1981.2013.
- PORTINHO, Anna Samara. **Políticas Públicas e Envelhecimento: dificuldades e possibilidades na atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS**. Coleção Gestão da Saúde Pública, 2013. (vol. 2).
- PRATES, Jane Cruz. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social**. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Curso de Serviço Social, Departamento de Programa de Pós-graduação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003
- QUEIROZ, Z. P. V; PRADO, A. R. A. Mudanças adequadas aos usuários idosos: humanização do atendimento na instituição hospitalar. **Revista A Terceira Idade**. São Paulo: SESC, v.21, n.49, nov./2010.
- RAMOS, E.L; SOUZA, N.V.D.O. CALDAS, C.P. Qualidade de vida do idoso trabalhador. **Rev Enferm UERJ**. 2008, p.11-507.
- ROMANOWSKI, J. P.; ENS, R. T. **As pesquisas denominadas do tipo “estado da arte”. em educação**. Diálogos Educacionais, v. 6, n. 6, p. 37–50, 2006.
- SANTOS, A.M. GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M.E.M. ANDRADE, C.L.T. MARTINS, M.I.C.CUNHA, M.S. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(10):2687-2702, 2012.
- SEGRE, M. FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, 31 (5): 538-42, 1997.
- SOLTO, L.R.F. OLIVEIRA, M.H.B. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. Saúde debate. Rio de Janeiro, V. 40, N. 108, P. 204-218, JAN-MAR 2016.
- SOUZA, D.R.P. SOUZA, M.B.B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(1):117-23:
- SUARÉZ, J. Contribuição ao marco teórico para o desenvolvimento da ação intersetorial. **Revista Saúde, Educação, Medicina**, V.26, n2, p.225-241,1992.
- SILVESTRE, J., COSTA-NETO, M. Abordagem do Idoso nos Programas de Saúde da Família. *Cad. Saúde Pub.* Rio de Janeiro, 19(3): 839-847-mai-jun, 2003.
- SALVADOR, K.E.D. de F. **Direito à saúde da pessoa idosa– efetivação pelo poder judiciário**. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, dissertação de mestrado, 2021.
- SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Revista Serv. Soc.** Soc., set 2010, n. 103, p. 453-475.
- TORRES, M. M. SÁ, M.A. S. A. Inclusão social de idosos: um longo caminho a percorrer. **Revista ciências humanas – universidade de taubaté (UNITAU)**, Brasil, v. 1, n. 2, 2008.

- TORRES, M.M. **O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PESSOAS IDOSAS: competências e demandas em debate**. Serviço Social e envelhecimento / organizadora, Solange Maria Teixeira. – Teresina: EDUFPI, 2020.
- TEIXEIRA, S. M. O Envelhecimento e as Reformas no Sistema de Seguridade Social no Brasil Contemporâneo. **Revista Texto & contextos** (Porto Alegre), v17, n. 1, p. 126137, Jan/jul.2018.
- VECCHIA, R. D; RUIZ, T; BOCCHI, S. C. M., & CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2005, p.52- 246.
- VERAS, R. P. **País Jovem Com Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso no Brasil**, Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, 1994.
- VERAS, R. P. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará, 2002.
- VIEIRA, E.B. **Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.
- WAJNMAN, S; Oliveira, A.M; Oliveira, E.L. **Os idosos no mercado de trabalho: tendências e conseqüências**. In: Camarano AA (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. P.79-453.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties**. Social, Science and medicine, 1988, p. 1569-1585.
- WITTER, C., & Buriti, M. A. **Envelhecimento e contingências de vida**. Campinas: Alínea, 2001.
- YAZBEK, M. C. **Fundamentos históricos e teóricos-metodológicos do Serviço Social**. In: CFESS; ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2008.
- YAZBEK, M. C **O significado sócio-histórico da profissão**. In: CFESS; ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a
- TAVARES, R. E. JESUS, M.C.P. MACHADO, D. R. BRAGA, V. A. S. TOCANTINS, F. R e MERIGHI, M. A. B. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2017; 20(6): 889-900.
- ZANELLI, J.C. Processos Psicossociais, bem-estar e estresse na aposentadoria. **Rev Psicol Organ Trab**, 2012, p. 40-329.
- ZACARIAS, Inez Rocha. **A influência da teoria marxiana no trabalho do assistente social**. 2013. 139 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Departamento de Programa de Pós-graduação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.