



Universidade de Brasília - UnB

Departamento de Serviço Social – SER

LEONARDO RODRIGUES LIMA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DOS IDOSOS: UM ESTUDO NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO GUARÁ - DF**

BRASÍLIA

2019

LEONARDO RODRIGUES LIMA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DOS IDOSOS: UM ESTUDO NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO GUARÁ - DF**

Trabalho elaborado por Leonardo Rodrigues Lima -
14/0149261, sob a orientação da Prof.^a Dra. Hayeska
Costa Barroso, apresentado ao Departamento de
Serviço Social como requisito parcial de avaliação
da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso -
TCC.

BRASÍLIA

2019

LEONARDO RODRIGUES LIMA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DOS IDOSOS: UM ESTUDO NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO GUARÁ – DF**

A Banca Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso em
Serviço Social, da Universidade de Brasília, do estudante

Prof^a. Dra. Hayeska Costa Barroso
Professora Orientadora – SER/UnB

Prof^a. Dr^a. Maria Elaene Rodrigues Alves
Professora Examinadora Interna – SER/UnB

Assistente Social Letícia Maria Ferreira
Examinadora Externa – FUB/HUB

Brasília-DF, 27 de agosto de 2019.

AGRADECIMENTOS

Dedico essa conquista a Deus pela perseverança e força de vontade que me foram dadas e por me fazer acreditar que era possível realizá-la.

À minha companheira, esposa, namorada e amiga, Cida, minha Xuxu, que eu amo do fundo do meu coração e sempre esteve presente, me dando todo tipo de apoio, incentivo e um amor incomparável, obrigada por fazer parte da minha vida. Obrigado ao Daniel filho da minha companheira, meu amigo querido, carinhosamente chamado de Panguas, ao nosso cachorro Ziggy fofo! Agradeço por acreditarem que valeria a pena.

À minha orientadora, Professora Dra. Hayeska, pela compreensão, carinho, paciência, educação e respeito, pelo direcionamento e ensinamentos transmitidos, e obrigado por acreditar que esse trabalho seria possível. Aos professores e poucos colegas que tive contato no decorrer da graduação, registro aqui minha admiração e gratidão.

À minha supervisora de estágio, Assistente Social Leticia, que contribuiu grandemente no meu processo de formação pelo conhecimento agregado e pelos ricos momentos de reflexão conjunta no HUB. Às Assistentes Sociais dos postos de saúde do Guará – DF, que me concederam seu valioso tempo para parte da produção desse trabalho.

Por fim, à minha mãe que sempre esteve em orações pedindo proteção para mim e à minha irmã Rosa que está lá de cima orgulhosa e feliz com minha graduação e quando em vida contribuiu para minha formação pessoal que transcende qualquer espaço científico.

RESUMO

Este trabalho buscou, como objetivo geral, analisar os desafios técnico-operativos, teórico-metodológicos e ético-políticos dos Assistentes Sociais inseridos no campo da atenção primária à saúde dos idosos na Região Administrativa do Guará, dada a relevância do seu trabalho para a saúde do Idoso, e, especificamente, identificar as particularidades do trabalho do Assistente Social junto à população idosa no âmbito da saúde, compreender os desafios institucionais do Assistente Social no campo da cultura organizacional da saúde nas Unidades Básicas de Saúde e analisar as dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica no exercício profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais. Inicialmente, foram feitas análises bibliográficas e documentais relacionadas ao tema e, posteriormente, foram realizadas duas (02) entrevistas semiestruturadas com Assistentes Sociais nas unidades básicas de saúde do Guará-DF, no mês de julho de 2019. Observa-se, a partir deste trabalho, que a atuação dos profissionais do Serviço Social inseridos no campo da saúde, especificamente no que diz respeito à promoção da saúde do idoso na atenção primária, pode ser ampliada para além das instituições básicas de saúde, podendo alcançar lares, bairros e comunidades inteiras, através de programas e projetos voltados aos idosos e seus familiares. Além disso, pode-se perceber que não ocorre uma valorização do Serviço Social nas UBSs do Guará, nem o estímulo à criação e implementação de novos programas e projetos para promover a saúde do idoso na porta de entrada da saúde pública dessa região. Ocorre, ainda, uma sobrecarga dos Assistentes Sociais, tendo em vista a sua jornada excessiva de trabalho, devido à carência de profissionais em algumas unidades. Assim, se identifica a ausência de tempo para reflexão crítica das intervenções e da inter-relação entre teoria e prática na perspectiva de efetivação dos princípios assegurados no Código de Ética do Assistente Social, bem como de seu projeto ético-político profissional.

Palavras-chave: Serviço Social, Saúde, Atenção Primária, Idoso.

ABREVIATURAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ADE – Área de Desenvolvimento Econômico

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centros de Apoio Psicossocial

CEAS – Centro de Estudos e Ações Sociais

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DIU – Dispositivo Intra-Uterino

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EPTG – Estrada Parque Taguatinga

ESF – Estratégia de Saúde na Família

HUB – Hospital Universitário de Brasília

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e/ou Transgêneros

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio Saúde da Família

NOB-RH/SUAS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social

NOVACAP – Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PBF – Programa Bolsa Família

PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PIS – Práticas Integrativas em Saúde

PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PNI – Política Nacional do Idoso
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
QE – Quadra Externa
QELC – Quadras Econômicas Lúcio Costa
RA – Região Administrativa
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RMV – Renda Mensal Vitalícia
SAI – Setor de Indústria e Abastecimento
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SAISO – Setor de Áreas Isoladas Sudoeste
SCEES – Setor de Clubes e Estádios Esportivos Sul
SESI – Serviço Social da Indústria
SESDF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SGCV – Setor de Garagens e Concessionárias de Veículos
SMAS – Setor de Múltiplas Atividades Sul
SOFS – Setor de Oficinas Sul
SQN – Superquadra Norte
SRIA – Setor Residencial de Indústria e Abastecimento
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPC – Unidade de Pacientes Críticos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 CAPÍTULO I: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E OS IDOSOS NO BRASIL: ASPECTOS NORMATIVOS, HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	12
2.1 As políticas públicas de saúde: da Constituição de 1988 aos dias atuais.....	12
2.2 O envelhecimento populacional e os desafios às políticas públicas.....	18
2.3 Considerações sobre a saúde pública para a pessoa idosa no Brasil	25
3 CAPÍTULO II: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: DESVENDANDO AS CONFIGURAÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL.....	31
3.1 A inserção histórica do Serviço Social na área da saúde	31
3.2 As dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica no exercício profissional do Assistente Social em equipes multidisciplinares.....	39
3.3 Os limites e as possibilidades do trabalho do Assistente Social em equipes multiprofissionais	47
4 CAPÍTULO III: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO GUARÁ-DF	54
4.1 A concepção de saúde para o Serviço Social.....	54
4.2 A atuação do Assistente Social e os níveis de atenção à saúde na rede pública.....	58
4.3 A atuação profissional do Assistente Social nas Unidades Básicas de Saúde da região administrativa do Guará-DF – dificuldades e desafios	65
4.3.1 <i>Metodologia</i>	65
4.3.2 <i>Caracterização do campo de pesquisa</i>	68
4.3.3 <i>Escolha dos participantes da pesquisa</i>	70
4.3.4 <i>Resultados e discussão</i>	70
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

1 INTRODUÇÃO

Esse Trabalho de Conclusão de Curso é condição para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e compreende os resultados dos conhecimentos adquiridos durante o processo de formação acadêmica na Universidade de Brasília-UnB. A política de saúde sempre foi uma temática que despertou o interesse do autor desse trabalho, então ao participar de dois semestres de estágio obrigatório e supervisionado no Hospital Universitário de Brasília - HUB, foi possível um maior aprofundamento nesse eixo temático, o que levou à percepção de que seria relevante realizar um trabalho buscando compreender a importância do Assistente Social para a saúde dos idosos na atenção primária à saúde.

Dessa forma, essa pesquisa objetivou conhecer o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no campo da atenção primária à Saúde, com ênfase na prática profissional do Assistente Social na Região Administrativa do Guará - Distrito Federal/DF, na perspectiva de compreender seus desafios, limites e o alcance da sua atuação profissional. Atualmente o campo da saúde, juntamente com a previdência social, é a área que mais absorve Assistentes Sociais no Brasil, de acordo com a pesquisa “Assistentes Sociais no Brasil”, realizada em 2005 pelo CFESS (CFESS, 2005). Porém, nessa área também existem diversas dificuldades e limites para a atuação profissional do Assistente Social inserido na porta de entrada da saúde.

Assim, a delimitação do tema – a atuação profissional do Assistente Social no nível da atenção básica à saúde do idoso na Região Administrativa do Guará-DF – se concretizou diante da experiência vivenciada no acompanhamento de uma idosa de 73 anos de idade a um Centro de Saúde da referida região administrativa, com a intenção de marcar uma consulta médica e não ter conseguido por excesso de pessoas naquele momento, bem como por outras situações em que foram necessárias várias horas de espera para atendimento, falta de medicamentos de uso contínuo na farmácia do posto de saúde, falta de alguns insumos para realização de exames médicos, dentre outras situações em que o atendimento deixou a desejar.

A Região Administrativa do Guará-DF, segundo o Anuário do DF (2014) é bem guarnecida de equipamentos e serviços públicos, possui três parques ecológicos dotados de boa infraestrutura, além de ser possível encontrar, distribuídos em áreas públicas, playgrounds, quadras poliesportivas, áreas destinadas a ginástica e alongamentos, áreas verdes, entre outros itens que favorecem a qualidade de vida de seus moradores.

A rede de comércio e serviços também é diversificada e satisfatória, podendo citar como exemplos a Feira do Guará, o Polo de Moda e o Setor de Oficinas Sul (SOF Sul), além de shoppings e hipermercados, como Park Shopping, Casa Park, Free Park, Extra, Leroy Merlin e Carrefour Sul (GDF, 2019), podendo ser considerada como uma das regiões administrativas mais bem estruturadas do DF, cuja renda domiciliar é considerada média alta de acordo com o PDAD (GDF, 2015).

As inquietações quanto ao tema, entretanto, aumentaram no decorrer de dois semestres de estágio obrigatório supervisionado em Serviço Social, cursados no segundo semestre de 2016 e no primeiro de 2017, no Hospital Universitário de Brasília-HUB, com algumas aulas cursadas no Hospital de Base de Brasília, onde no primeiro foi feita uma sistematização do perfil dos usuários atendidos na Unidade de Pacientes Críticos – UPC/HUB. No trabalho de intervenção houve contato direto com usuários do SUS e com a equipe multidisciplinar de profissionais, o que proporcionou uma visão mais ampla da política de saúde, ou seja, na perspectiva do direito a essa política pública.

A partir dessa experiência-acadêmica no âmbito da formação profissional, chegou-se ao entendimento de que saúde não é ausência de doença, mas envolve um conjunto de outros determinantes sociais que afetam diretamente os usuários. Tais determinantes chegam na forma de demandas institucionais e profissionais ao Serviço Social inserido no campo da saúde, como pude presenciar nesse período de estágio obrigatório.

Nesta pesquisa, buscou-se analisar as características do trabalho profissional do Assistente Social inserido na área da Saúde da região administrativa do Guará, no Distrito Federal, de modo a reconhecer o tipo e a natureza das demandas postas a esses profissionais do Serviço Social, bem como em que medida os direitos de cidadania que lhe são inerentes se materializam por meio da atuação desses profissionais.

Assim surgiu o questionamento: como se configura o trabalho do Assistente Social nas unidades básicas de saúde em se tratando do atendimento na atenção primária aos idosos na Região Administrativa do Guará-DF?

Identifica-se, portanto, como objetivos da pesquisa:

- Objetivo Geral: analisar os desafios técnico-operativos, teórico-metodológicos e ético-políticos dos Assistentes Sociais inseridos no campo da atenção primária à saúde dos idosos na Região Administrativa do Guará.
- Objetivos Específicos:
 - a) Identificar as particularidades do trabalho do Assistente Social junto à população idosa no âmbito da saúde;
 - b) Compreender os desafios institucionais do Assistente Social no campo da cultura organizacional da saúde na região administrativa do Guará-DF; e,
 - c) Analisar os desafios e possibilidades do trabalho em equipes multidisciplinares para o Assistente Social.

O Assistente Social, ao atuar em um contexto complexo e institucionalizado como o campo da saúde, é capaz de produzir reflexões e debater demandas e respostas por meio da função pedagógica do Serviço Social e, também de levar os debates para o campo da luta pela consolidação de uma política pública de saúde objetiva na ótica do direito e da democracia. Na perspectiva de alcançar os objetivos propostos, esse trabalho de conclusão de curso foi organizado em três capítulos.

O primeiro capítulo apresenta os aspectos normativos, históricos e conceituais da política pública de saúde para o idoso no Brasil, onde discutirei as particularidades da política de saúde brasileira, sobretudo a partir da perspectiva do direito inaugurada com os avanços oriundos da Constituição Federal de 1988 e no Sistema Único de Saúde, sendo esses importantes instrumentos na ampliação de direitos sociais. O respectivo capítulo está subdividido em três tópicos, apresentando um panorama histórico das políticas públicas de saúde a partir da Constituição de 1988 aos dias atuais. O envelhecimento da população brasileira frente aos desafios das políticas públicas socioassistenciais, bem como os elementos para se pensar na saúde pública para a pessoa idosa no Brasil.

O segundo capítulo, também dividido em três tópicos, tem por objetivo fazer uma análise do Serviço Social no campo da saúde, compreendendo o exercício profissional, através da inserção do Assistente Social no nível da atenção primária da saúde. Ademais, visa ressaltar as dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica do exercício profissional do Assistente Social em Equipes multiprofissionais no campo da saúde, bem como os limites e possibilidades do trabalho do Assistente Social nos diferentes níveis da

saúde. Nessa perspectiva, para melhor compreender o Serviço Social no campo da saúde, deve-se identificar as atribuições e competências do Assistente Social, em consonância ao projeto ético-político profissional.

O terceiro capítulo, dividido em três tópicos, apresenta o trabalho do Assistente Social nas unidades básicas de saúde da Região Administrativa do Guará-DF, a concepção de saúde para o Serviço Social, os diferentes níveis de atenção à saúde e as particularidades do trabalho do Assistente Social nas unidades básicas de saúde da Região Administrativa do Guará-DF, sendo que este último se subdivide em quatro subtópicos: metodologia, caracterização do campo de pesquisa, a escolha dos participantes, resultados e discussão, por fim, apresenta-se as considerações finais.

2 CAPÍTULO I: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E OS IDOSOS NO BRASIL: ASPECTOS NORMATIVOS, HISTÓRICOS E CONCEITUAIS.

2.1 As políticas públicas de saúde: da Constituição de 1988 aos dias atuais.

Antes mesmo de ser considerado um direito fundamental pelo Estado brasileiro, o direito à saúde foi alçado a direito humano pela Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas – ONU (1948). No texto, em seu Art. 25, foi estabelecido que:

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, o direito à saúde foi reconhecido como objeto de proteção integral por políticas públicas, de caráter universal, garantido pelo Estado. Da perspectiva dos direitos sociais, pode-se dizer que no Brasil apenas na década de 1930 no século XX a questão da saúde passou a ser vista como responsabilidade pública. No final do século XIX, começaram a ser adotadas algumas medidas neste sentido, como a vigilância do exercício profissional da saúde e a realização de campanhas específicas (BRAVO, 2006). Entretanto, o enfoque das políticas públicas de saúde nesse momento histórico era o estabelecimento de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, enquanto na área de atenção à saúde predominava a medicina previdenciária (BRAVO, 2006).

No período da ditadura brasileira, instalada no país a partir de 1964, segundo Bravo (2006), houve um direcionamento para atender aos interesses capitalistas, com a medicalização da vida social e o incremento da abrangência da medicina previdenciária.

Nesse contexto histórico, apareceram as primeiras políticas de proteção ao trabalhador, como explica Boschetti:

Em alguns países como França, Inglaterra, e Alemanha, a lógica do seguro sustenta também a política de saúde. No Brasil, a lógica do seguro estruturou e estabeleceu critérios de acesso da previdência e da saúde desde a década de 1923 até a Constituição de 1988 (BOSCHETTI, 2009, p. 326).

Importa registrar que, além da Declaração da ONU, outra entidade internacional, a Organização Mundial da Saúde – OMS estabeleceu parâmetros inter-relacionados com a saúde e o bem-estar, de forma indissociável, que são (OMS, 2002):

Proteção contra a tortura ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes;
 Proteção às crianças contra toda forma de danos físicos ou mentais, descuido ou negligência, maus tratos ou exploração, incluindo o abuso sexual;
 Direito à participação social ativa, livre e significativa;
 Liberdade de informação e comunicação;
 Direito à intimidade e proteção contra interferências arbitrárias ou ilegais na vida privada dos indivíduos;
 Direito de usufruir do progresso científico e suas aplicações;
 Direito à educação, de ter acesso a conhecimentos sobre princípios básicos da saúde, como as vantagens do aleitamento materno, da higiene, do saneamento básico, medidas de prevenção de acidentes;
 Direito à alimentação e nutrição adequadas e de proteção contra a fome;
 Direito a qualidade de vida, incluindo alimentação, vestuário e moradia adequados, bem como assistência médica e serviços sociais necessários.

Percebe-se que, muito mais que um direito individual, a saúde é uma concepção que deve considerar vários outros direitos humanos na aplicação, supervisão e avaliação dos programas e políticas que venham a resguardá-la (OMS, 2002). A partir da década de 1980 do século XX, um intenso debate começou a ser travado na sociedade brasileira, levando a saúde para o centro da discussão política sob a perspectiva democrática, contando com representações importantes em sua defesa, como os profissionais de saúde, representados por suas entidades, o movimento sanitário e os partidos políticos de oposição, conforme afirma Bravo (2006). Ainda segundo a autora, dentre as principais propostas discutidas por esses atores estavam:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 9).

Dois blocos, então, foram formados nos debates sobre a saúde instalados na Assembleia Constituinte: de um lado, um bloco composto pelos grupos empresariais, do qual fazia parte a Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e a Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e do outro, um bloco que defendia os princípios propostos pela Reforma Sanitária (BRAVO, 2006). Após intensas negociações, considerando acordos

políticos e pressões populares, chegou-se ao texto constitucional como está posto, com acolhimento de boa parte das reivindicações do movimento sanitário (BRAVO, 2006).

A Carta Magna de 1988 no Brasil tornou-se, então, marco histórico da proteção à saúde e da justiça social no país, pois anteriormente à sua promulgação os serviços e ações de saúde existentes eram conferidos apenas a poucos grupos que podiam contribuir financeiramente (BRAVO, 2006). O direito à saúde no texto constitucional vigente está inserido entre os direitos fundamentais sociais, obrigando o Estado a uma prestação positiva, de modo a garantir de forma efetiva e eficaz o direito fundamental à saúde (PRADO, 2012).

Para viabilizar essa proteção, foi criada a Seguridade Social, que tem como característica garantir a prestação de benefícios e serviços de proteção social pelo Estado. De acordo com Boschetti (2009), a Seguridade Social surgiu no final do século XIX, na Europa, mais precisamente na Alemanha, fundamentada na lógica do seguro social, em que tem direito à assistência e aos benefícios aqueles que contribuem prévia e mensalmente (BOSCHETTI, 2009).

Atualmente, no Brasil, os princípios que orientam a política de Seguridade Social estão previstos no Art. 194 da Constituição (BRASIL, 1988):

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

Dentro desse sistema, um eixo tem caráter contributivo, a Previdência, e os outros dois são distributivos, constituídos pela Saúde e pela Assistência Social (PEREIRA, 1998). Como observa Boschetti (2009):

Assim, estabeleceu-se um sistema de seguridade social que, teoricamente, manteve o princípio de universalidade e integralidade no âmbito da saúde com Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a reestruturar, a partir de 2004, a política de assistência social, com base no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e que fortaleceu a lógica do seguro no âmbito da previdência, sobretudo com as reformas de 1998 e 2003. (BOSCHETTI, 2009, p. 331)

Dentre os três pilares da Seguridade, a saúde teve avanços mais substanciais, visto que em decorrência das propostas do Projeto de Reforma Sanitária, que visavam à universalização de políticas sociais e a garantia de direitos sociais (CFESS, 2014), foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS por meio da Lei Nº 8080/1990, baseado nos princípios “da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios e territórios) na prestação dos serviços de saúde” (CFESS, 2014, p. 17).

No que se refere à política pública de direito à saúde, o Art. 196 da Constituição de 1988 reconhece a saúde como 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, bem como pelo acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2019). Dessa forma, o direito à saúde foi tratado pelo texto constitucional de 1988 de forma inerente ao direito social, considerando a saúde diretamente ligada ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana.

A universalização significa que não se pode admitir qualquer tipo de discriminação, seja cultural, socioeconômica, racial, ou de faixas etárias, além de que garante a gratuidade do acesso (LORGA, 2015). Já a integralidade consiste em coordenar o sistema de serviços de saúde “de modo hierarquizado, de modo sistematizado, articulando ações de baixa, média e alta complexidade, e acesso aos tratamentos e medicamentos” (LORGA, 2015, p. 11).

Para entender a importância do SUS nos primeiros anos de sua criação, importa citar Nelson Rodrigues dos Santos, militante do Movimento Sanitário brasileiro:

Apesar das adversidades a partir de 1990 (subfinanciamento e precarização da gestão dos recursos humanos), a inclusão social por meio do acesso aos bens de saúde prosseguiu com gigantesco esforço e eficiência, alcançando, em 2005, o volume de 1,3 bilhões de atendimentos básicos em 64 mil unidades ambulatoriais, 1,1 bilhão de procedimentos especializados, 600 milhões de consultas, 11,6 milhões de internações em 5.900 hospitais, 360 milhões de exames laboratoriais, 10 milhões de ultra-sonografias, 1,2 milhão de tomografias, 213 mil ressonâncias, 9 milhões de seções de hemodiálise, 23.400 transplantes de órgãos e tecidos, importantes avanços no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em áreas críticas (imunobiológicos, fármacos, informação, gestão descentralizada e outras), 152 milhões de vacinas, controle da AIDS, ações de vigilância em saúde e outras (SANTOS, 2007, p. 430).

Dos dados apresentados na citação, pode-se concluir que o SUS vinha cumprindo, ainda que não integralmente, o papel para ele idealizado de garantir atendimento gratuito para uma população até então excluída e que não tinha acesso a qualquer assistência à saúde digna, tanto em se tratando de atenção básica, assistência de média e alta complexidade, quanto com relação a ações de vigilância, promovendo uma profunda democratização do acesso à saúde (SANTOS, 2007).

Observou-se, a partir da segunda metade da década de 1990, um projeto de saúde voltado para o mercado ou privatista, decorrente da política de ajuste neoliberal, tendo como principal consequência à restrição de gastos mediante diminuição da oferta (BRAVO, 2006). O ideal privatista, contudo, contraria completamente o princípio da universalidade do direito à saúde.

A partir do ano de 2003, com o governo Lula, criou-se uma expectativa de que, por se tratar da chegada ao poder de um partido de esquerda, haveria a retomada do projeto da reforma sanitária, mas isso não ocorreu. Segundo Bravo (2018, p. 10), após os governos do Partido dos Trabalhadores, “o que se percebe é uma continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social, a articulação com o mercado e a manutenção da política de ajuste fiscal”. A partir de 2016, intensificou-se o ritmo das contrarreformas e acelerou-se o desmonte das políticas públicas e universais, atingindo os direitos dos trabalhadores e a atenção à saúde (BRAVO, 2018).

Se, por um lado, ainda persistem muitas formas de desigualdades no Brasil, o que leva à precarização das condições de saúde dos mais precarizados e vulnerabilizados economicamente, o SUS foi implementado visando tornar a sociedade brasileira um pouco mais justa, embora longe ainda de alcançar a sua função ideal. O constante e insuperável jogo político é um dos fatores que dificulta o avanço nas políticas públicas de saúde

implementadas por meio do SUS, no qual estão incluídos os interesses de empresas privadas que oferecem o acesso aos serviços de saúde (como as operadoras de planos de saúde e hospitais particulares), além do desinteresse da população de classe média e alta que, por não fazerem uso do serviço público, não lutam por sua melhoria e, por vezes, criticam a manutenção do seu financiamento pelo Estado (SOUZA, 2007).

É necessário atentar para o fato de que “a dimensão técnico-sanitária relaciona-se ao objetivo de conduzir a organização de acordo com os preceitos técnicos da Saúde Coletiva. Na prática, refere-se às ações de identificação e priorização de problemas de saúde e de proposição e aplicação de soluções” (SOUZA, 2007, p. 915). Em continuidade, Souza (2007, p. 915) aponta para o fato de que os problemas de saúde são “multidimensionais, envolvendo aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais, tecnológicos etc”.

As políticas públicas de saúde, por sua vez, são elaboradas visando alcançar as necessidades do maior número de pessoas, de forma direcionada, a partir da identificação de problemas mais críticos, segundo o conceito de atenção à saúde como “forma de combinação das tecnologias (conhecimentos, técnicas, equipamentos) disponíveis para atender às demandas ou necessidades de saúde” (SOUZA, 2007, p. 915).

Contudo, com desafios como a insuficiência da infraestrutura pública, o subfinanciamento orçamentário e dificuldades para manutenção de um corpo de profissionais bem remunerados e com condições adequadas de trabalho, observa-se, ainda hoje, “a reprodução do modelo médico hegemônico, centrado mais na doença que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica” (PAIM, 2018, p. 1725).

A partir dessa breve análise sobre a implementação do SUS e partindo-se do reconhecimento de que os serviços e ações na área da saúde deveriam se pautar no equilíbrio para possibilitar a efetividade do bem-estar social, emerge um fator que, tanto para a Previdência e a Assistência Social, quanto para a Saúde, representa preocupação no tocante aos investimentos estatais: o envelhecimento populacional.

Este fator, ao mesmo tempo em que é natural e esperado, tem significado novas demandas para os sistemas de saúde públicos e privados em todo o mundo, ao passo que exige um cuidado integral, algo ainda não dominado totalmente para os profissionais da

saúde, gestores e para os próprios usuários dos sistemas de saúde (GUEDES, 2017). Sendo assim, faz-se necessário aprofundar a análise sobre o envelhecimento no Brasil e o que isso tem significado em termos de políticas públicas em geral, bem como em se tratando de atenção à saúde e a atuação do Assistente Social nessa seara.

2.2 O envelhecimento populacional e os desafios às políticas públicas.

Estudos demográficos demonstram que a população brasileira tem envelhecido em ritmo acelerado. De acordo com estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (BRASIL, 2000), diversos fatores contribuíram para este processo, dentre eles: a redução da taxa de fecundidade, destacando-se o incremento na utilização de métodos contraceptivos e a inserção das mulheres no mercado de trabalho, em confluência com o aumento da expectativa média de vida da população e a diminuição da mortalidade em geral.

Para Rocha (2015 p. 61), esse segmento de população tem crescido “[...] tanto no plano mundial, como nos contextos nacional e local, propiciado pela redução nas taxas de natalidade e fecundidade, pelo aumento da qualidade de vida, em virtude da melhoria nas condições de saúde, alimentação, habitação, saneamento básico, dentre outros fatores”. Entretanto, para uma boa parte da população esse aumento da expectativa média de vida não foi acompanhado por melhoria das condições objetivas de vida, do que deriva a constatação de que muitos idosos podem estar sujeitos a situações de vulnerabilidade social (JESUS et al, 2017).

De acordo com Rinco et al (2012), o conceito de vulnerabilidade social relaciona-se a processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais, considerando as circunstâncias pessoais do indivíduo e o local social por ele ocupado. Portanto, relaciona-se com o processo de desigualdade social, sendo que aspectos como “morar em contextos de maior vulnerabilidade, possuir baixo nível de escolaridade, status sócio-econômico e limitado acesso aos serviços públicos podem também contribuir com o aumento da vulnerabilidade” (JESUS et al, 2017, p. 615).

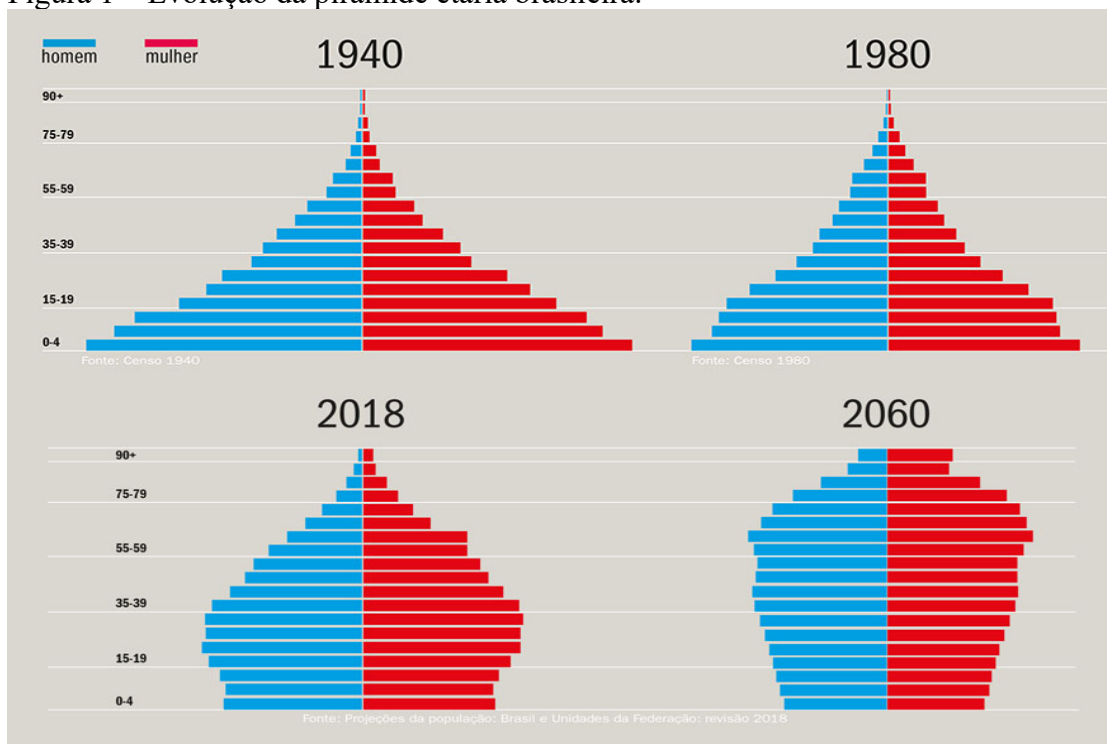
Assim, cabe analisar o seguinte cenário:

A população considerada idosa praticamente dobrou nos últimos 20 anos, passando de 8 milhões em 1980, para 10,6 milhões em 1991 e 14,5 milhões em 2000. Na última década, os estudos demográficos mostram que as pessoas idosas representam cerca de 7% da população mundial. No período entre 1997 e 2007, o crescimento da população de idosos representou mais que o dobro do crescimento da população total no Brasil. Observa-se que o grupo etário de 60 anos ou mais apresentou um crescimento de 47,8% nesse período. Já o crescimento no grupo de idosos de 80 anos ou mais foi de 65% (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010; Maia, 2011). Estima-se que em 2050 haverá dois bilhões de idosos no mundo e, nesse mesmo ano, no Brasil, as projeções indicam mais de cinco milhões de homens e quase nove milhões de mulheres com 80 anos ou mais (Pavarini et al., 2009). (RINCO et al, 2012, p. 80).

Os autores concluem questionando se países como o Brasil possuem condições adequadas para atender às demandas dessa população idosa. Isto porque o envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas da Seguridade Social, em específico a Saúde e a Previdência, sendo que o ideal seria que o Estado investisse em ações preventivas ao longo de todo o curso de vida das pessoas, inserindo o envelhecimento populacional como temática para a formulação de políticas públicas que oferecessem serviços e ações no âmbito da proteção social (MIRANDA et al, 2016).

No gráfico abaixo, observa-se claramente a alteração ocorrida na pirâmide etária brasileira, que antes possuía efetivamente o formato piramidal:

Figura 1 – Evolução da pirâmide etária brasileira.



Fonte: Agência IBGE Notícias

Considerando o aumento acentuado da expectativa de vida da população brasileira, a OMS afirma que até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social (OMS, 2002).

Miranda et al. (2016, p. 511) registram que, para a OMS, “o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios a ser enfrentado pela sociedade”, e que será responsável, no século XXI, pelo aumento das demandas sociais e econômicas globais.

Como definir o envelhecimento? Para Maia (2011, apud Rinco et al, 2012, p. 80):

O envelhecimento é um processo contínuo que se dá desde a concepção até a morte, compondo o desenvolvimento humano. Possui características próprias, que necessitam ser reconhecidas e identificadas. Por ser multideterminado, o envelhecimento pode ser analisado por várias perspectivas, como a biológica, a psicológica, a social, a econômica, a funcional e a cronológica (Maia, 2011). No entanto, a velhice, considerada uma etapa desse processo, inicia-se aos 60 anos em países como o Brasil e 65 anos em países desenvolvidos, conforme a Organização Mundial da Saúde (2012). O Brasil adota o critério etário acima definido referendado ainda pela Política Nacional do Idoso (Lei n.º 8.842 de 04/01/1994) e pelo Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.147 de 01/10/2003).

Nesse sentido, faz-se necessário pensar que, embora para a legislação haja uma delimitação temporal a partir dos sessenta anos, a velhice não se inicia da mesma forma para todo ser social, pois o envelhecimento é um processo no qual alguns fatores emergem explícita ou implicitamente, a exemplo das condições materiais de cada cidadão, bem como o contexto histórico-cultural em que se começou a velhice, o que está diretamente relacionado com a realidade de vida de cada ser social (RINCO et al, 2012).

Assim considerado, o envelhecimento populacional vem causando o aumento de demandas da Seguridade Social brasileira, bem como investimentos econômicos nas políticas públicas que a compõem, impactando nos espaços urbanos públicos e nas estruturas que envolvem saúde, transporte, lazer e segurança. Isto porque, considerando a faixa etária acima dos sessenta anos, surgem novas demandas relativas a aspectos culturais, sociais, de mobilidade física e de atenção à saúde física e psicológica (JESUS et al, 2017).

Conforme observado por Miranda et al (2016), o processo de envelhecimento não tem que ser necessariamente acompanhado de adoecimento, até mesmo porque os avanços na

medicina e na área tecnológica proporcionaram a grande parte da população uma melhoria em sua qualidade de vida na velhice; mas, para tanto, essas pessoas precisam ter acesso a serviços públicos ou privados adequados. Ainda de acordo com os autores, isso revela a importância do investimento em ações de prevenção direcionadas às necessidades da pessoa idosa, possibilitando a organização de uma rede capaz de propiciar serviços e ações de proteção social.

É, pois, por meio das políticas públicas que são formulados, desenvolvidos e postos em prática programas de distribuição de bens e serviços, regulados e providos pelo Estado, com a participação e o controle da sociedade. Essa relação da sociedade com o Estado, contudo, nem sempre é de reciprocidade, aliança e parceria, mas, por vezes, de competição e conflito, que devem ser trabalhados em prol do aperfeiçoamento da política e do interesse público (BRAVO, 2000).

Conforme mencionado anteriormente, a partir da Constituição Federal de 1988 os direitos fundamentais foram reconhecidos, com a garantia do respeito à dignidade da pessoa humana. O ordenamento jurídico brasileiro como um todo, ao garantir o direito à vida, reconhece também o direito social ao envelhecimento como um direito personalíssimo. Assim prevê a Lei nº 8.842/1994, que instituiu a Política Nacional do Idoso.

Registre-se que anteriormente à publicação desta Lei, na década de 1970, o Ministério do Trabalho e Previdência Social assinou a primeira medida normatizadora de assistência social aos idosos, restrita, porém, aos beneficiários do sistema previdenciário (Portaria nº 82, de 04/07/1974).

Somente começou-se a pensar em descentralização na gestão dos serviços com integralidade das ações no período de 1983 a 1993, quando foram adotadas importantes medidas e ações no setor da saúde: as Ações Integradas de Saúde - AIS (1983-1987), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS (1988-1989) e, finalmente, o Sistema Único de Saúde - SUS (a partir de 1990). Conforme Merhy e Queiroz (1993), a partir das AISs, foi possível observar a universalização da cobertura da assistência médica com relação à saúde do idoso.

Demorou 20 anos, a partir da primeira norma (de 1974), para que fosse sancionada a Lei nº 8.842/1994, regida pelos seguintes princípios:

Art. 3º: (...):

I – a família, a sociedade e o Estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar o direito à vida; II – o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; III – o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; IV – o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V – as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei (BRASIL, 1994).

Com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Art. 1º), a referida Lei, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, prevê ações governamentais nas áreas de promoção e assistência social, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte, lazer e também atenção à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994 e 1996).

A Portaria nº 2.528/2006 (BRASIL, 2006), que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, elenca alguns marcos temporais importantes relacionados às políticas públicas voltadas para os idosos:

2002 - é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002) e estabelecidas normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002);

2003 - publicação da Lei 10.741/2003 que institui o Estatuto do Idoso, cujo Capítulo IV trata em específico do papel do SUS na atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

2006 – publicação da Portaria nº 399/GM, que define as Diretrizes do Pacto pela Saúde, no qual está incluído o Pacto pela Vida, e que prevê como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, a saúde do idoso.

2007 – publicação do Decreto nº 6.214/2007, que regulamenta o benefício de prestação continuada – BPC, atribuído aos idosos e às pessoas com deficiência.

Todas essas normas têm por objetivo oferecer dignidade, qualidade de vida e atenção à saúde adequada para as pessoas idosas brasileiras, entretanto, ainda não é o suficiente. Isto porque, além da precariedade comum aos serviços públicos de saúde, esse público não tem uma atenção privilegiada no sistema de saúde do Brasil, que sofre com a carência de profissionais qualificados para assisti-los em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Na perspectiva ideal, todo esse arcabouço normativo deveria proporcionar uma integração entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social aos idosos (RAMOS, 2002). De acordo com Alcântara et al (2016, p. 138), a universalidade corresponde ao direito de todos a terem acesso a serviços de saúde com qualidade, sendo que “Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), países que se comprometam com este objetivo devem responder a perguntas complexas: o que são necessidades em saúde? Quem as define? Quais serviços cobrir? Quem os vai prestar e como? Como financiá-los? Quem paga e como? (OMS, 1978)”. Definidas essas questões, deve-se atentar para a necessidade de serviços preventivos, que observem sintomas, sinais e diagnósticos de doenças já instaladas, bem como fatores funcionais, orgânicos ou sociais, sendo que todos estes podem contribuir para o surgimento de uma enfermidade (ALCÂNTARA et al, 2016).

Além de atendimento específico, os idosos devem contar com uma infraestrutura médico-hospitalar capaz de responder satisfatoriamente às suas demandas, que se tornam mais recorrentes, uma vez que estão mais susceptíveis às doenças e enfermidades, ressaltando-se que as de caráter crônico não transmissíveis são as causas maiores de morte e incapacidade na velhice (IBGE, 2014). A baixa qualidade dos serviços de saúde oferecidos impossibilita que os idosos mais pobres, sejam atendidos adequadamente. Em decorrência de um investimento insuficiente na prevenção de doenças, é muito grande o gasto com atendimento curativo.

A Política Nacional do Idoso - PNI tem por objetivo promover a qualidade de vida da pessoa idosa, não só para aqueles que já atingiram 60 anos ou mais, mas também àqueles que ainda irão atingir os 60 anos de idade. Conforme Camarano (2016 p. 15): “No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Estatuto da Juventude e o Estatuto do Idoso, bem como a Política Nacional do Idoso (PNI) constituem um reconhecimento por parte do Estado de que estes grupos etários têm necessidades próprias e, por isso, são alvo de políticas públicas específicas”. Ainda de acordo com Camarano (2016), essa política consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo do princípio fundamental de que “o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas” (CAMARANO, 2004, p. 269).

A PNI prevê que a responsabilidade de zelar pelos direitos do idoso não cabe apenas à família. Estende-se também, ao Estado, bem como para a sociedade, na medida em que estes devem proporcionar sua participação na comunidade, lutando pela defesa da sua dignidade, bem-estar e pelo direito à vida.

Para Camarano (2016), a análise dos princípios ora expostos permite-nos afirmar que o sistema normativo atende em parte à concepção de assistência social como política de direito, o que implica não apenas a garantia de proventos materiais, e sim também vínculos de relações de pertencimento que assegurem o mínimo de proteção de direitos sociais, visando à participação, à construção da cidadania e de promoção da dignidade da pessoa humana conforme consta no texto Constitucional brasileiro. Assim, na perspectiva da autora há uma urgente necessidade:

[...] de uma revisão do sistema de garantia dos direitos do idoso brasileiro, a fim de que possa ser um instrumento mais eficaz na produção de justiça, ou seja, que não apenas conste na lei, mas que se traduza em ações para a população brasileira. Como exemplo, a autora cita a ausência na previsão e as falhas na execução orçamentária das políticas preconizadas pela PNI, apesar de a lei determinar que os recursos financeiros necessários à sua efetivação devam ser alocados nos respectivos orçamentos, o que significa uma violação dos direitos consagrados. Com base nisso, destaca-se a necessidade de estruturar as políticas públicas existentes e adequá-las à nova realidade (CAMARANO, 2016, p. 37).

Paralelamente à saúde, a assistência social também foi estabelecida como direito do cidadão e dever do Estado, igualmente não contributiva, dentro da perspectiva da Seguridade Social no Brasil.

Conforme registram Berzins et al (2016, p. 109), a caracterização da assistência social como atividade de caridade e filantrópica perdurou por muito tempo, até que foi reconhecida como direito social, com o objetivo de suprir o acesso aos direitos originalmente negados a uma parcela da população, oferecendo-lhes proteção social e condições de vida dignas.

Com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS - Lei nº 8.742/1993), a assistência social passa a ser efetivada como política pública, sendo que em 2004 foi implementada a Política Nacional de Assistência Social - PNAS, e em 2005 foi englobada pelo Sistema Único de Assistência Social (Suas), em 2005. Toda essa estruturação e regulamentação normativa teve por objetivo também, mas não somente, afastar a imagem que havia se formado da assistência social como clientelista e assistencialista, para torná-la, aliada a outras políticas

públicas, uma “política pública de direitos voltada à prevenção, proteção, inserção e promoção social” (BERZINS et al, 2016, p. 110).

Ademais, é também objetivo da Assistência Social, possibilitar o acesso “a benefícios, serviços, programas e projetos socioassistenciais sem qualquer caráter contributivo, o que, em tese, permitiria eliminar ou reduzir os níveis de vulnerabilidade e/ou fragilidade social do cidadão, inclusive idoso” (Berzins et al, 2016, p. 110). Essas políticas também devem ser pautadas pela universalização, descentralização e financiamento do Estado, e devem possibilitar “provisões materiais, incentivo a autonomia, inserção social e estímulo à participação” (BERZINS et al, 2016, p. 112).

Quanto à caracterização do atendimento, este pode se dar em dois níveis, de acordo com a natureza e a complexidade da situação específica: a proteção social básica e a proteção social especial. O local destinado ao atendimento voltado à proteção social básica é o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), enquanto o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) realiza atendimentos voltados à proteção especial de média complexidade (BERZINS et al, 2016).

Algumas ações são direcionadas especificamente para o público idoso, ou seja, com mais de 60 (sessenta) anos, oferecendo alguns meios de transferência de renda, como o Renda Mensal Vitalícia (RMV), o Bolsa Família e o BPC, além de outros (BERZINS et al, 2016).

Portanto, não se observa no Brasil uma insuficiência de políticas que contemplem a assistência ao idoso, mas apenas a necessidade de priorização desse público e de investimento governamental para que estas se concretizem, em especial às que dizem respeito à atenção à saúde, considerando-se, como abordado anteriormente, que essa é a demanda mais crucial para a faixa etária aqui analisada.

2.3 Considerações sobre a saúde pública para a pessoa idosa no Brasil.

Partindo-se do pressuposto afirmado no tópico anterior de que existem no Brasil diversas normas que visam assegurar os direitos e garantias das pessoas idosas por meio de políticas públicas, é possível considerar que o objetivo dessas políticas é conferir a essas pessoas o direito a um envelhecimento saudável e com independência (MIRANDA et al.,

2016). Dentre as ações de prevenção e cuidado direcionados às suas necessidades, deve ser estabelecida uma rede que disponibilize serviços e ações no âmbito da proteção social.

Assim, o Estatuto do Idoso faz a seguinte previsão:

Art. 2º. O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso prevê também outros direitos à proteção, que apontam aos direitos citados anteriormente, quando estes forem fragmentados ou estejam na dependência das ações do Estado;

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003)

Percebe-se que há um conjunto de direitos que visam não apenas atender às demandas emergenciais relacionadas aos idosos, mas que buscam garantir uma abrangência em vários aspectos da vida social para que possam envelhecer com um bom nível de saúde e de autonomia.

Entretanto, como houve um incremento acentuado no quantitativo populacional referente a essa faixa etária, também houve aumento quanto à recorrência ao sistema de saúde, no qual se observa “[...] uma transição de morbimortalidade com predomínio de enfermidades crônicas, mais complexas e onerosas, que exigem cuidados constantes” (LIMA-COSTA et al., 2011, apud GIACOMIN e MAIO, 2016, p. 137), tanto na previdência social, quanto no cuidado, na integração social e na saúde dos idosos.

Como parte do princípio da integralidade, o sistema de saúde deve oferecer às pessoas idosas desde a atenção primária, realizada pelos centros de saúde, passando pelo encaminhamento para serviços secundários especializados ou serviços terciários, de atendimento hospitalar, além do suporte referente aos serviços preventivos, de diagnóstico de sintomas de doenças manifestas, e de outros problemas funcionais ou mesmo sociais (STARFIELD, 2002 apud GIACOMIN e MAIO, 2016).

Giacomin e Maio (2016, p. 140) apresentam alguns dados sobre o SUS:

O SUS atua em 5.295 municípios por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que presta cuidados primários de saúde. As atenções secundária e terciária são realizadas por uma rede de clínicas e hospitais públicos ou contratadas pelo sistema em todo o país. [...] a expectativa de vida aumentou 10,6 anos; e a mortalidade por doenças infecciosas diminuiu de 23% do total de óbitos em 1970 para menos de 4% em 2007 (Almeida Filho, 2011). Neste mesmo ano, 72% das mortes foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), isto é, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras; 10%, às doenças infecciosas e parasitárias; e 5%, aos distúrbios de saúde materno-infantis (Schmidt et al., 2011). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 9,0% das pessoas de 60 a 64 anos relatam sofrer alguma doença cardiovascular; entre as de 65 a 74 anos, são 11,9%; e entre as de 75 anos ou mais, são 13,7%. Estas doenças são as principais causas de morte e incapacidade na velhice (IBGE, 2014).

Além das DCNTs, Medeiros et al. (2017) registram que o quadro epidemiológico da população idosa no Brasil caracteriza-se por uma complexidade decorrente da persistência da mortalidade em virtude de doenças infectocontagiosas e parasitárias, bem como por acidentes e atos de violência. Dessa forma, são imprescindíveis ações multiprofissionais e intersetoriais que possibilitem a integração entre ações de promoção à saúde, preventivas e curativas.

Por isso, pode-se considerar que o tratamento medicamentoso e ambulatorial ainda prevalece na atenção primária à saúde do idoso, focalizando a doença e não o indivíduo de forma integral, sem levar em consideração fatores como a exclusão do mercado de trabalho, a dinâmica familiar em que estão inseridos e a solidão a que estão submetidos, dentre outros que impactam direta ou indiretamente em seu estado de saúde (Medeiros et al., 2017). Concluem, portanto, os autores que:

Pelas razões expostas, é preciso discutir propostas que rompam com o modelo centrado na doença, não apenas no constructo teórico das políticas, em que este processo se encontra bastante avançado, mas sobretudo na realidade dos serviços de saúde, na vida das pessoas, adotando novos paradigmas para a atenção à saúde do idoso, de modo a contemplar a noção da integralidade. (MEDEIROS ET AL., 2017, p. 290)

Ressalte-se que em 2006, com a publicação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI (BRASIL, 2006), já havia sido estabelecido o entendimento de que a capacidade funcional da pessoa idosa deveria orientar as ações dos serviços de saúde, considerando a importância da efetivação de políticas de suporte para os idosos em vulnerabilidade, de apoio às famílias com idosos e de capacitação dos profissionais de saúde (GIACOMIN e MAIO, 2016, p. 145).

De acordo com Medeiros et al. (2017, p. 290):

A capacidade funcional, ou funcionalidade, pode ser definida como a habilidade do indivíduo para viver de modo independente e autônomo, desempenhando adequadamente suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, a partir da interação de atributos físicos, psicocognitivos e sociais (PERRACINI; FILÓ, 2010; VERAS, 2009). Assim, ainda que doente, o idoso, por exemplo, pode ser considerado saudável se for capaz de controlar sua enfermidade, de modo a evitar o surgimento de sequelas e incapacidades, mantendo-se independente e conduzindo sua vida de forma autônoma, a partir de seus próprios interesses (VERAS, 2009).

Percebe-se que se incentivada a atenção primária com enfoque na funcionalidade da pessoa idosa, os investimentos públicos iriam ser menores, visto que procedimentos de média e alta complexidade acabariam por ser reduzidos, devido à manutenção da saúde global dos idosos.

Em complementação à PNSPI, foi publicado o Pacto pela Saúde, em 2006, o qual contemplava o Pacto pelo SUS, o Pacto pela Gestão e o Pacto pela Vida. Este último estabeleceu algumas estratégias específicas direcionada à população idosa, citadas por Giacomini e Maio (2016, p. 147):

i) a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa; ii) a divulgação do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa; iii) a implantação do Programa de Educação Permanente à Distância na área do envelhecimento e da saúde do idoso; iv) a reorganização do processo de acolhimento na rede pública; v) a assistência farmacêutica dirigida ao público idoso; vi) a atenção diferenciada na internação hospitalar, com avaliação geriátrica global do idoso internado em hospital vinculado ao Programa de Atenção Domiciliar; e vii) a instituição de modalidade específica para a pessoa idosa no Programa de Atenção Domiciliar.

Dessas estratégias, a utilização da Caderneta de Saúde do Idoso possibilitaria o acompanhamento de forma mais integral da saúde da pessoa idosa, porém a falta de articulação entre a saúde e a assistência social na organização dos cuidados integrais por meio de uma rede de serviços e mecanismos de gestão definidos, dificultam a atuação intersetorial de cuidado às pessoas idosas em todo o país (GIACOMINI e MAIO, 2016).

Infelizmente, as assistências idealizadas e previstas nas políticas públicas, distanciam-se indiscutivelmente da realidade observada no Brasil, vistos atualmente e num horizonte futuro, a partir de acontecimentos que evidenciam o desmonte e a fragmentação dos direitos dos idosos. Nesse sentido, Alcântara et al. (2016, p. 539) analisam que:

Considerar o envelhecer no contexto do capitalismo contemporâneo e na ótica do neoliberalismo implica analisar as contradições da constituição de direitos e da sua implementação, pois o Estado, em articulação com o mercado, busca reduzir direitos e benefícios, afetando todos os segmentos, inclusive o das pessoas idosas. Em cada país, as políticas se configuram diferentemente, conforme seu processo histórico-social, cultural, econômico, político e sua integração regional.

Dentro dos limites e possibilidades para efetivação dos direitos dos idosos, a Constituição Federal, apesar de representar uma ampliação de direitos, vem sendo vilipendiada pela ofensiva neoliberal, que tem investido massivamente na privatização das políticas públicas de direito e no retrocesso das práticas de caráter assistencialista.

Conforme Behring e Boschetti (2008), diversos limites e impossibilidades se colocam frente à efetivação dos direitos sociais contidos nas políticas públicas: a implementação do ideário neoliberal por parte do Estado; a lacuna entre o que propõe as políticas públicas e o que de fato foi realizado; a ausência de participação e controle social efetivo nas formulações das políticas públicas; e o desenvolvimento de ações desarticuladas por parte dos governos.

Giacomin e Maio (2016, p 167), apontam alguns reflexos da não efetivação da PNI que afetam os programas de assistência aos idosos:

- 1) O SUS, embora universal, persiste com a segmentação e a fragmentação dos serviços.
- 2) A aposta na estruturação da atenção primária via ESF ainda não contempla a especificidade da família com uma pessoa idosa.
- 3) A integração e a coordenação da assistência à pessoa idosa com os demais serviços para além da atenção primária ainda é muito frágil.
- 4) A falta de metas e indicadores relativos à população idosa aplica-se aos três níveis de atenção e impossibilita medir os efeitos sobre o cuidado oferecido à parcela idosa.
- 5) O financiamento público para a saúde ainda é largamente insuficiente.

Conforme os limites apresentados acima, faz-se importante apresentar possibilidades em relação à efetivação de tais direitos dos idosos enquanto usuários das políticas públicas. Logo, faz-se necessário os idosos participarem das reivindicações em defesa de seus direitos, por meio dos espaços democráticos de discussão: fóruns sociais, conferências públicas nacionais e internacionais, conselhos de direitos públicos, entre outros. Entretanto, observa-se, como afirmam Giacomin e Maio (2017, p. 168) que “os programas destinados à pessoa idosa são limitados e quase sempre dependentes de pessoas, não de políticas sistematizadas, chegando-se a conclusão de que a PNI não está efetivada a contento”.

Uma possibilidade aventada por Raichelis (2009), ou um duplo desafio para as políticas públicas é:

a articulação entre as ações desenvolvidas e a reflexão teórica crítica, que seja capaz de se antecipar aos desafios e colaborar nas definições mais substantivas do conteúdo das políticas sociais e dos direitos que devem garantir. E, de outro lado, participar ativamente do movimento de defesa do caráter universalizante da Seguridade Social brasileira e da primazia do Estado na sua condução, reafirmando a consolidação do SUS, do SUAS, da Previdência Social, da Educação Pública, combatendo o reducionismo do modelo de política social voltada aos mais pobres entre os pobres, a despolitização da política, a refilantropização da questão social, trazendo de volta ao debate o ideário e o imaginário da subjetividade pública e da universalização dos direitos (RAICHELIS, 2009, p. 388).

Dessa forma são necessários maiores investimentos econômicos na Seguridade Social brasileira, assegurando assim a proteção social essencial para uma vida com dignidade, uma vez que ficou evidente que as reformas neoliberais são incompatíveis com as políticas públicas sociais.

Entre o marco legal e a efetiva implementação das políticas públicas para os idosos existe uma lacuna muito grande. É verdade que muitos passos foram dados, conforme amplamente demonstrado neste trabalho, mas é possível observar que a efetivação das políticas públicas setoriais que contemplam as necessidades das pessoas idosas está muito aquém do que elas fazem jus.

Nessa direção, o envelhecimento progressivo e gradual da população brasileira, devido aos vários fatores já mencionados, vem sendo acompanhado pelos efeitos da contra reforma das políticas públicas, o que exige que a atuação profissional dos Assistentes Sociais frente a saúde dos idosos seja feita de forma efetiva e eficaz.

Registre-se, entretanto, que é fundamental que a Assistência Social seja entendida “como política pública de direitos voltada à prevenção, proteção, inserção e promoção social, desenvolvida em conjunto com outras políticas públicas” (BERZINS ET AL., 2016, p. 107), afastando-se do caráter clientelista e assistencialista, assegurando, também, o acesso “a benefícios, serviços, programas e projetos socioassistenciais sem qualquer caráter contributivo, o que, em tese, permitiria eliminar ou reduzir os níveis de vulnerabilidade e/ou fragilidade social do cidadão, inclusive idoso” (BERZINS ET AL., 2016, p. 107).

3 CAPÍTULO II: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: DESVENDANDO AS CONFIGURAÇÕES DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL.

3.1 A inserção histórica do Serviço Social na área da saúde.

O Serviço Social tem suas raízes, no Brasil, após a constituição de um mercado capitalista, quando a força de trabalho passa a ser entendida como mercadoria e o trabalhador se rende à exploração abusiva pela classe capitalista (IAMAMOTO e CARVALHO, 2014). Emerge, então, a “questão social” como o conjunto que expressa as desigualdades decorrentes da oposição entre burguesia e proletariado, e movimentos sociais significativos expõem as injustiças praticadas contra os trabalhadores, impelindo o Estado a regulamentar as relações de trabalho, além de reconhecer a representatividade da classe operária e a necessidade de definir políticas voltadas para o interesse dessa classe (IAMAMOTO e CARVALHO, 2014).

Ao se iniciar o processo de industrialização no Brasil, as condições de trabalho e de vida dos proletários da indústria eram deploráveis, com ambientes insalubres, sem higiene e sem o mínimo de segurança, ao passo que a remuneração do trabalho não garantia sequer a subsistência do trabalhador e da sua família (IAMAMOTO e CARVALHO, 2014). Não havia qualquer direito trabalhista e quem definia as condições de trabalho e de remuneração eram os empregadores, sendo que a busca pelo lucro regia essas relações, às quais se submetiam homens, mulheres e crianças (IAMAMOTO e CARVALHO, 2014).

Da necessidade de reivindicarem por melhorias nas relações de trabalho decorrem as organizações como as Ligas Operárias e os Sindicatos, que ao começarem a crescer, passaram a ser reprimidas e seus líderes perseguidos (IAMAMOTO e CARVALHO, 2014). Nesse processo histórico iniciado na década de 1920, são estabelecidas as primeiras Leis Sociais de proteção ao trabalho e o Serviço Social surge a partir da congregação de interesses de grupos de classe, mas não do proletariado e sim do assistencialismo das classes dominantes, como uma imposição.

Iamamoto e Carvalho (2014) chamam a atenção para o fato de que dois fatores estão diretamente ligados ao surgimento do Serviço Social: o primeiro era a necessidade de disciplinar e socializar o trabalhador fora do ambiente de trabalho, para que, com o tempo livre que as Leis Sociais lhe beneficiaram, não estivessem sujeitos a vícios e outras atitudes

desregradadas, impodo-lhes um padrão ético-moral; o outro foi o oferecimento de serviços assistenciais pelas empresas, como serviços médicos, creches, etc., mas que eram condicionados ao afastamento dos movimentos reivindicatórios, consistindo em “uma atividade extremamente racionalizada, que busca aliar o controle social ao incremento da produtividade e aumentar a taxa de exploração” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2014, p.148).

Paralelamente, há a participação da Igreja Católica, que buscava recuperar sua hegemonia por meio da criação de instituições assistenciais, “como a Associação das Senhoras Brasileiras (1920) no Rio de Janeiro, e a Liga das Senhoras Católicas (1923), em São Paulo” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2014, p. 176) que aliavam o poder da igreja com os recursos do Estado, diferenciando-se das ações de caridade tradicionais. De acordo com YAZBECK (2009^a, p. 4):

É, pois, na relação com a Igreja Católica que o Serviço Social brasileiro vai fundamentar a formulação de seus primeiros objetivos político/sociais orientando-se por posicionamentos de cunho humanista conservador contrários aos ideários liberal e marxista na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja face à "questão social". Entre os postulados filosóficos tomistas que marcaram o emergente Serviço Social temos a noção de dignidade da pessoa humana; sua perfectibilidade, sua capacidade de desenvolver potencialidades; a natural sociabilidade do homem, ser social e político; a compreensão da sociedade como união dos homens para realizar o bem comum (como bem de todos) e a necessidade da autoridade para cuidar da justiça geral.

Em 1932, surgem os primeiros cursos voltados para a formação de mulheres, originárias de famílias católicas e da classe social dominante, com forte cunho religioso, oferecidos pelo Centro de Estudos e Ações Sociais - o CEAS – relacionado com a origem do Serviço Social no Brasil, cujo objetivo subliminar era intervir junto à classe operária para afastar seus membros dos ideais subversivos (IAMAMOTO e CARVALHO, 2014).

Já em 1936, é fundada a Escola de Serviço Social de São Paulo, a primeira do Brasil, fundamentada na Ação Católica e na Ação Social, que além do cunho religioso, passa a atender uma demanda originada nas instituições do Estado (CASTRO, 2009). Já no Rio de Janeiro, as escolas foram financiadas por uma escola de enfermagem e pelo Juizado de Menores, tendo um cunho voltado para a Medicina e para o Direito (CASTRO, 2009). A

partir daí começa-se a mercantilizar essa formação, o que iria gerar posteriormente uma nova força de trabalho.

Entre os anos de 1940 e 1960 o Brasil apresentou um considerável crescimento econômico, camuflado sob a ideia de desenvolvimento, mas não conseguiu aliar o desenvolvimento econômico à justiça social, o que levou à necessidade de se fortalecer as entidades assistenciais em atendimento às demandas sociais, visando amenizar as lutas sociais. Segundo Iamamoto e Carvalho (2010, p. 333):

“Nesse sentido, por colocar-se entre as instituições e a população, o Serviço Social atua, por um lado, como um meio de triagem e seleção; por outro lado, deve atuar também como instrumento de atração e ligação de parcelas específicas da população, às quais são destinados programas assistenciais determinados”.

Para Neto (2011), somente quando se distancia das protoformas do Serviço Social e do seu caráter assistencialista, voluntário e comunitário, o Assistente Social passa a fazer parte de uma profissão, inserida no mercado de trabalho com um novo significado na malha das relações sociais e a partir de uma divisão social e técnica do trabalho.

Resumindo, como aponta Yazbeck (2014, p. 128):

As particularidades desse processo no Brasil evidenciam que o Serviço Social se institucionaliza e legitima profissionalmente como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, com o suporte da Igreja Católica, na perspectiva do enfrentamento e regulação da Questão Social, a partir dos anos 30, quando a intensidade e extensão das suas manifestações no cotidiano da vida social adquirem expressão política. A Questão Social em suas variadas expressões, em especial, quando se manifesta nas condições objetivas de vida dos segmentos mais empobrecidos da população, é, portanto, a "matéria-prima" e a justificativa da constituição do espaço do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho e na construção/atribuição da identidade da profissão.

Com a implantação da ditadura militar no ano de 1964, foram promovidas alterações consideráveis no âmbito do Serviço Social, que apesar de continuar a executar políticas sociais orientadas pelo Estado, começou a ser cobrado por uma atuação profissional mais fundamentada em um caráter técnico e científico (SILVA ET AL, 2016). Dessa forma, com a ampliação e profissionalização de um mercado nacional para os Assistentes Sociais, observa-

se um processo de renovação no Serviço Social brasileiro, que iria durar até aproximadamente a metade da década de 1980, quando começa a haver um rompimento com as práticas até então adotadas, passando por uma elaboração teórica mais consistente, endossando polêmicas, apresentando heterogeneidade nas propostas interventivas e manifestando sua separação definitiva da igreja, ou seja, sua laicização (SILVA ET AL, 2016), culminando com a publicação de seu Código de Ética Profissional em 1986.

Observou-se, assim, a profissionalização do Assistente Social, que acompanhou o reconhecimento pelo Estado brasileiro de direitos sociais e trabalhistas, sendo que o Serviço Social passa a ocupar uma função de execução das políticas sociais, consolidando-se como profissão no mercado de trabalho (YAZBECK, 2014).

Entretanto, como registra Yazbeck (2014):

Outra característica histórica das Políticas Sociais brasileiras e que interferirá no desempenho profissional dos assistentes sociais é sua fragmentação, pois essas políticas são concebidas setorialmente como se o social fosse a simples somatória de setores da vida, sem articulação, numa apreensão parcializada da realidade social. Consequentemente, as ações profissionais acabam por se fragmentar, assumindo um caráter pontual e localizado. (YAZBECK, 2014, p. 132).

As áreas de atuação do Serviço Social podem estar relacionadas à saúde, à justiça, à educação, à habitação, às relações de trabalho, dentre outras, sendo que os campos de trabalho podem ser vinculados à administração pública, às empresas privadas, às organizações não governamentais e aos movimentos sociais.

Com referência à inserção do Serviço Social na saúde, pode-se dizer que teve início em circunstâncias de demandas curativas com atendimentos baseados no Serviço Social de forma individualizada, sendo que foi em 1948 que essa área se tornou um dos principais campos para a absorção do profissional do Serviço Social, a partir do estabelecimento de um conceito de saúde centrado em fatores biopsicossociais e de uma política de saúde voltada para a assistência médica e curativa (CORREIA, 2005).

O Serviço Social como divisão sociotécnica do trabalho inserido na saúde ainda era pouco conhecido por parte dos atores da dinâmica social, porém, já vinha atuando em demandas na área da saúde desde o final do século XIX:

[...] emerge nos Estados Unidos, no início do século, com sua implantação em diversos hospitais, tendo o objetivo de fortalecer a personalidade do doente e ajudar os médicos nas suas atividades. [...] Nesse período, o Serviço Social começa a atuar nas instituições públicas, executando as políticas sociais de saúde emanadas do Estado. A ação tem por intencionalidade ajustar o paciente às instituições assistenciais e às condições normais de vida (BRAVO, 1996, p. 21).

A inserção do Serviço Social na saúde aconteceu através da construção do exercício profissional a partir de modelos tradicionais e/ou do modelo médico-clínico. Dessa forma, foi colocado no rol de profissões como aquela que podia contribuir para melhoria do trabalho médico no contexto hospitalar. Para Bravo e Matos (2006) entre 1930 e 1979 o Serviço Social começou a ganhar espaço na área da saúde, com influências da Europa, mas foi em 1945 que teve sua prática profissional ampliada na saúde.

Ainda conforme Bravo e Matos (2006), os debates e avanços ocorridos na Reforma Sanitária brasileira, em 1948, e também um novo conceito de saúde ajudaram na ampliação da atuação do Assistente Social na saúde o que retratou a produção de uma nova orientação para o sistema de saúde. Nessa nova orientação, devido aos aspectos biopsicossociais, passou a ser necessária a atuação de outros profissionais uma atuação global na área da saúde, exigindo a formação de equipes multidisciplinares. Os Assistentes Sociais realizavam trabalhos relacionados às questões de higiene e saúde e trabalhavam nos programas estabelecidos pela política de saúde daquele contexto (BRAVO e MATOS, 2006).

Assim, de acordo com a reorientação da Reforma Sanitária, a saúde se valia de outras questões que iam além da ausência de doenças e que consistiam em um conjunto de determinantes sociais como:

(...) um bem-estar social é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque,

como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo (AROUCA, 1986, p. 36).

Dessa forma, o Serviço Social na saúde vem buscando respostas ao histórico antagonismo da categoria em torno de orientações para respostas profissionais que foram colocadas para os Assistentes Sociais às demandas do cotidiano profissional na saúde, sejam vindas da instituição ou dos usuários dos serviços de saúde. BRAVO (1996, p. 16) considera que “Um dos desafios do Serviço Social é esse desvendamento, no sentido de que sejam percebidas algumas lacunas existentes na produção de conhecimentos e na prática profissional, para que se possam ser traçadas alternativas de ação mais consequentes”.

Conforme registrado por Bravo (1996, citada por CFESS, 2014, p.23):

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua, enquanto categoria, desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação da máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (encaminhamento operacionalizado pela Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre as demandas postas à prática em saúde (BRAVO, 1996, citada por CFESS, 2014, p.23).

Na década de 1990, todos os avanços alcançados pela implantação do SUS começam a ser ameaçados pelas políticas neoliberais em curso, sendo que o modelo de saúde proposto pelo movimento de Reforma Sanitária passou a sofrer grandes ataques. De acordo com Castro e Oliveira (2011, p. 28) “No âmbito da saúde, as políticas passaram a ser alvo das contenções de gastos e se voltaram para a sua regulação mercantil. A universalização do acesso à saúde é atacada, pois era vista como uma das causas da elevação do déficit público”. As autoras continuam a análise afirmando que o valor elevado de custeio da saúde decorria de um modelo de atenção centrado na hospitalização, que implicava na aquisição de inovações tecnológicas em equipamentos e com um alto grau de medicalização, que ao final tinha uma baixa resolutividade (CASTRO E OLIVEIRA, 2011). No entanto, estavam relacionados a este modelo interesses de grandes grupos econômicos, que não facilitaríamos a mudança de paradigma para uma atenção preventiva e primária à saúde.

Então, se estabeleceram dois projetos antagônicos no campo da saúde: um Projeto fundamentado na Reforma Sanitária e um Projeto de Saúde privatista. Como resume bem o CFESS (2014):

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2014, p. 24).

Resta claro que o projeto voltado para os interesses de mercado propõe que o Estado seja responsável por fornecer um mínimo de serviços aos que não podem pagar, deixando para o mercado a oportunidade de fornecer os serviços de saúde particulares para os que têm poder aquisitivo suficiente. Por outro lado, o SUS mantém sua fundamentação na democratização do acesso, na universalização das ações, na descentralização, e na adoção de um modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações.

Nesse contexto, diversos são os impactos na atuação do profissional do Serviço Social na área da saúde, resultando em um discurso de cisão entre o estudo teórico e a intervenção, que culmina com a reivindicação de construção de um saber específico na área e pela negação da formação original no Serviço Social (CFESS, 2014). Assim, é importante observar que:

O problema não reside no fato dos profissionais de Serviço Social buscarem aprofundamentos na área da saúde, o que é importante. O dilema se faz presente quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos, entre outros) e não mais as identifica como as de um assistente social. Assim, o profissional recupera – por vezes impensadamente – uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde. Este consistiria apenas na ação direta com os usuários, o que Netto (1990) denomina de execução terminal da política social. As novas demandas como gestão, assessoria e a pesquisa, consideradas como transversal ao trabalho profissional e explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são assumidas como competências ou atribuições profissionais. (CFESS, 2014, p. 26).

O Assistente Social no trabalho em saúde deve compreender que sua atuação é permeada por relações de poder, sendo que a depender das estratégias profissionais adotadas, poderá para fortalecer os interesses do capital ou do trabalho, nesse último caso, produzindo ações que visem o cuidado da população (CASTRO E OLIVEIRA, 2011). Portanto, o profissional do Serviço Social precisa estar atento para não ser cooptado pelos representantes da posição dominante, a depender dos condicionantes histórico-sociais dos contextos nos quais estão inseridos e atuam, bem como para buscar defender os direitos de cidadania contribuindo para a partilha do poder e sua democratização (CASTRO E OLIVEIRA, 2011).

Nesse sentido, problematizar essa flexibilização dos princípios defendidos na proposta de Reforma Sanitária em decorrência de concessões políticas deve ser um dos focos do projeto ético político do Serviço Social brasileiro (CFESS, 2014):

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004). Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos 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. (CFESS, 2014, p. 27).

A partir dessa perspectiva, entende-se que cabe ao Serviço Social, em uma ação articulada com outras profissões que defendem a manutenção e o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), formular estratégias que busquem a efetivação do direito social à saúde (CFESS, 2009), considerando sempre que:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas aquisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários (BRAVO e MATOS, 2006, p. 17).

O Assistente Social deve ter a consciência de que suas ações não são apenas imediatas e paliativas, e que devem ser planejadas previamente para não inviabilizar a ação de outros profissionais da equipe multiprofissional, bem como para não dificultar o acesso do indivíduo ao serviço prestado. Portanto, para a execução dessas ações, sejam no âmbito da saúde ou qualquer outro, deverá utilizar a dimensão investigativa da profissão, analisando o espaço em que está inserido, fazendo uso do aporte teórico e considerando que essas ações não podem ser isoladas, mas pelo contrário, se complementam de modo a envolver todo o processo de ação profissional, sendo que tudo isso passa pela compreensão e aprofundamento de suas competências e atribuições profissionais correlacionadas com as demandas sociais (SILVA, 2017). Assim, pode-se dizer que:

De igual modo, na Atenção Básica em saúde os profissionais de Serviço Social realizam suas ações em conjunto com equipe de profissionais de Odontologia, Medicina, Enfermagem entre outros, no planejamento de ações, estratégias e supervisão dos serviços realizados pelas UBS's. Quanto aos profissionais que atuam nas ESF (Estratégia de Saúde na Família) ou NASF (Núcleo de Apoio Saúde da Família), têm a sua atuação voltada para o bem-estar dos indivíduos, o acesso aos serviços e à análise da realidade e situação de vulnerabilidade social, com a utilização de instrumentos técnicooperativos de sua profissão como a escuta qualificada e realização de relatórios, encaminhamentos, etc. Estes priorizam também as ações de promoção à saúde com a conscientização e a socialização de informações sobre os serviços e sobre o direito ao acesso, primando também pelos princípios de Integralidade e Universalidade em que se baseia o SUS. (SILVA, 2017, p. 103).

Considera-se que o Código de Ética do Assistente Social estabelece parâmetros fundamentais para a execução do trabalho do Assistente Social na saúde, nas dimensões técnico-operativas, ético-políticas e teórico-metodológicas. Para compreender a hegemonia do projeto ético-político faz-se necessário enfatizar, segundo Netto (1999), que os elementos éticos de um projeto profissional, não se limitam às normatizações ou prescrições, mas envolvem escolhas teóricas, ideológicas e políticas das categorias e dos profissionais que compõe o mesmo. Nessa perspectiva, é importante que seja realizado um aprofundamento teórico nas dimensões que orientam a atuação do Assistente Social na sua atuação como parte de equipes multidisciplinares.

3.2 As dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica no exercício profissional do Assistente Social em equipes multidisciplinares.

Ao se falar de equipes multidisciplinares na atuação do profissional do Serviço Social, deve-se, inicialmente, remeter à Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema

Único de Assistência Social - NOB-RH/SUAS, do ano de 2006 (BRASIL, 2006). Esta norma, comentada por Ferreira (2011), indica que a equipe de trabalho de um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) deve ser composta por técnicos de nível superior (Assistentes Sociais, psicólogos e cientistas sociais/antropólogos) e técnicos de nível médio (auxiliares administrativos e cuidadores), configurando-se, portanto, de forma multidisciplinar ou multiprofissional.

Esse conjunto de profissionais responsável pela execução dos serviços assistenciais é denominado de Equipe de Referência, que, de acordo com a NOB-RH/SUAS (BRASIL, 2006, p. 19), deverão ser constituídas:

[...] por servidores efetivos responsáveis pela organização e oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial, levando-se em consideração o número de famílias e indivíduos referenciados, o tipo de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários.

Em seus comentários sobre a NOB-RH/SUAS, Ferreira (2011), aponta para o fato de que as equipes de referência não devem funcionar de maneira fragmentada, de forma a apenas encaminhar formalmente o usuário do serviço de uma equipe para outra. A autora ressalta que a simples somatória das intervenções isoladas não corresponde ao atendimento das necessidades sociais desses usuários e prossegue com o seguinte registro:

A fragmentação das respostas leva, muitas vezes, à sensação de sobrecarga ou de insatisfação tanto para o cidadão, quanto para as equipes profissionais. Portanto, ainda que o plano de ação de cada equipe organize o trabalho para garantir os resultados esperados do serviço sob sua responsabilidade, conforme consta da Tipificação, há que se ter essa referência compartilhada, cuja baliza é a matricialidade sociofamiliar e o território.

[...] As equipes de referência do SUAS são entendidas como um grupo de profissionais com diferentes conhecimentos, que têm objetivos comuns e definem coletivamente estratégias para alcançá-los. Quando falamos de organização dos serviços, estamos nos referindo à função desempenhada pelos coordenadores; quando falamos de oferta dos serviços nos referimos às categorias profissionais que atuam diretamente com os usuários. Estas equipes são responsáveis por um certo número de famílias e usuários, de acordo com a referência do serviço de proteção social básica e especial. (FERREIRA, 2011, 26-27).

Assim, cada equipe terá por responsabilidade agir frente a um determinado número de usuários, dentro da especificidade do serviço socioassistencial exigido pelo nível de proteção social no qual está inserido, seja ela básica ou especial, de média ou alta complexidade. Mais especificamente, com relação à composição da equipe de referência dos CRAS no âmbito da

Proteção Social Básica, as equipes devem ser integradas pelos seguintes profissionais, de acordo com a seguinte escala (BRASIL, 2006, p. 19):

- Pequeno Porte I – (até 2.500 famílias referenciadas):
 - 2 técnicos de nível superior, sendo um profissional assistente social e outro preferencialmente psicólogo.
 - 2 técnicos de nível médio.
- Pequeno Porte II – (até 3.500 famílias referenciadas):
 - 3 técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais e preferencialmente um psicólogo.
 - 3 técnicos nível médio.
- Médio, Grande, MetrÓpole e DF (a cada 5.000 famílias referenciadas):
 - 4 técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais, um psicólogo e um profissional que compõe o SUAS.
 - 4 técnicos de nível médio.

Ainda em seu texto, a NOB-RH/SUAS (BRASIL, 2006), ressalta também que o Assistente Social deverá atuar com conhecimento e compromisso ético e político, a fim de promover a emancipação de seus usuários, baseados nos seguintes princípios:

- a) Defesa intransigente dos direitos socioassistenciais;
 - b) Compromisso em ofertar serviços, programas, projetos e benefícios de qualidade que garantam a oportunidade de convívio para o fortalecimento de laços familiares e sociais;
 - c) Promoção aos usuários do acesso a informação, garantindo conhecer o nome e a credencial de quem os atende;
 - d) Proteção à privacidade dos usuários, observado o sigilo profissional, preservando sua privacidade e opção e resgatando sua história de vida;
 - e) Compromisso em garantir atenção profissional direcionada para construção de projetos pessoais e sociais para autonomia e sustentabilidade;
 - f) Reconhecimento do direito dos usuários a ter acesso a benefícios e renda e a programas de oportunidades para inserção profissional e social;
 - g) Incentivo aos usuários para que estes exerçam seu direito de participar de fóruns, conselhos, movimentos sociais e cooperativas populares de produção;
 - h) Garantia do acesso da população a política de assistência social sem discriminação de qualquer natureza (gênero, raça/etnia, credo, orientação sexual, classe social, ou outras), resguardados os critérios de elegibilidade dos diferentes programas, projetos, serviços e benefícios;
 - i) Devolução das informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários, no sentido de que estes possam usá-las para o fortalecimento de seus interesses;
 - j) Contribuição para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados.
- (BRASIL, 2006, p. 17-18)

Dessa forma, a instrumentalidade do Serviço Social é configurada na prática profissional do Assistente Social, que deve se pautar nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, as quais são importantes bases para que os Assistentes Sociais possam responder às demandas que lhe são apresentadas no cotidiano profissional.

Em sua análise sobre o trabalho e a formação profissional do Assistente Social, Iamamoto (2008) considera que “[...] analisar a profissão supõe abordar os modos de atuar e de pensar que foram por seus agentes incorporados, atribuindo visibilidade às bases teóricas assumidas pelo Serviço Social na leitura da sociedade e na construção de respostas à questão social” (IAMAMOTO, 2008, p. 58). Nesse sentido, verifica-se que o contexto social, político e cultural atua como direcionador para atuação do Assistente Social em sua intervenção na realidade social, exigindo desse profissional um rigor ético, teórico, crítico e metodológico perante a sociedade.

Importa observar, então, que ao profissional do Serviço Social não cabe apenas saber agir no âmbito da sua atuação profissional, mas também entender e saber explicar o porquê de suas ações e seu impacto na sociedade (IAMAMOTO, 2008), caso contrário, será relegado a uma mera função técnica, deixando para outros profissionais como sociólogos, antropólogos ou historiadores, o papel de analisar as relações sociais. Diante da compreensão da sua importância e papel social, estabelecem-se as particularidades do Serviço Social.

Nesse sentido, as três dimensões já citadas fazem parte da intervenção profissional do Assistente Social. Para Guerra (2009, p. 702):

Este perfil profissional, entre outras exigências, determina a necessidade de um sólido referencial teórico-metodológico, que permita um rigoroso tratamento crítico-analítico, um conjunto de valores e princípios sociocêntricos adequados ao ethos do trabalho e um acervo técnico-instrumental que sirva de referência estratégica para a ação profissional”.

Pode-se dizer que essas três dimensões possuem, cada uma delas, particularidades que as definem e individualizam em diversos níveis de compreensão e atuação na profissão mas, por outro lado, apresentam uma relação de unidade em sua aplicação. Sendo assim, as referidas dimensões, apesar de terem suas características individuais, também se configuram indissociáveis e interdependentes, servindo de suporte para o Assistente Social, juntamente com os instrumentos e técnicas disponíveis, para possibilitar a materialização da ação desse profissional, na proposta de garantir os direitos dos usuários dos serviços sociais, como afirma Santos (2013):

Essas dimensões encontram-se presentes nas diferentes expressões do exercício profissional: formativa, investigativa, organizativa e interventiva. Elas formam entre si uma relação de unidade na diversidade. O que significa essa afirmativa? UNIDADE significa uma relação visceral entre diferentes, ou seja, essas dimensões

são interligadas, interdependentes, se complementam, apesar de manterem suas especificidades. [...] Ressaltamos que UNIDADE não pode ser confundida com IDENTIDADE, por isso, “unidade na diversidade”, apesar de se constituírem em uma relação intrínseca, cada qual possui uma especificidade, uma natureza, um âmbito. [...] Sinteticamente, podemos afirmar que a relação entre as dimensões se coloca no exercício profissional da seguinte forma: teoria como instrumento de análise do real, onde ocorre a intervenção profissional (dimensão teórico-metodológica) para criar estratégias e táticas de intervenção (dimensão técnico-operativa), comprometidas com um determinado projeto profissional (dimensão ético-política). (SANTOS, 2013, p. 25-26) (*grifos da autora*).

Dessa forma, o exercício da profissão do Assistente Social passa necessariamente pela articulação entre essas dimensões e deve-se considerar que as Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social, aprovadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS em 1996, constituem um divisor de águas a partir do qual há um direcionamento da formação profissional atrelada ao projeto ético-político (IAMAMOTO, 2009).

Sob a análise de Iamamoto (2009) as citadas Diretrizes foram estruturadas em núcleos temáticos distintos, porém complementares, necessários para a formação profissional no Serviço Social: o Núcleo dos fundamentos teórico-metodológicos da vida social; o Núcleo de Fundamentos da formação sócio histórica da sociedade brasileira; e o Núcleo de fundamentos do trabalho profissional.

Quanto ao primeiro núcleo, Iamamoto (2009, p. 72) afirma que “indica ser necessário ao assistente social o domínio de um conjunto de fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos, para conhecer e decifrar o ser social e a vida em sociedade”. Seriam fundamentos essenciais para o profissional compreender a dinâmica da vida social em uma sociedade capitalista. Já o segundo núcleo, “remete à compreensão da sociedade brasileira, resguardando as características históricas particulares que presidem a sua formação e desenvolvimento” (IAMAMOTO, 2009, p. 72), passando pela análise das relações estabelecidas entre as classes sociais, pelas sucessivas políticas sociais, pelos movimentos da sociedade civil, além de outros elementos que possibilitem a “apreensão da produção e reprodução da questão social e as várias faces que assume nessa sociedade” (IAMAMOTO, 2009, p. 72). Por fim, o terceiro núcleo traz uma dimensão voltada para a capacitação para o exercício da profissão, englobando:

[...] todos os elementos constitutivos do Serviço Social como uma especialização do trabalho: sua trajetória histórica, teórica, metodológica e técnica, os componentes

éticos que envolvem o exercício profissional, a pesquisa, o planejamento e a administração em Serviço Social e o estágio supervisionado. (IAMAMOTO, 2009, p. 72).

A dimensão teórico-metodológica do Serviço Social é integrada por concepções de matrizes do pensamento social, compreendido em diversas áreas de conhecimento, em um processo dialético com a realidade social (YAZBECK, 2009). Inicialmente fundamentada em conteúdos doutrinários da Igreja Católica, a partir da década de 1980 passou-se a adotar a Teoria Social de Marx como matriz teórico-metodológica hegemônica no Brasil, diante da “abordagem da profissão como componente da organização da sociedade inserida na dinâmica das relações sociais participando do processo de reprodução dessas relações” (YAZBECK, 2009, p. 151), na busca de uma visão da totalidade das relações sociais.

Cabe destacar que a dimensão teórico-metodológica foi constituída juntamente com o movimento de ruptura do Serviço Social, na perspectiva de superar o modelo capitalista hegemônico daquele contexto, através de movimentos sociais da classe trabalhadora em favor de melhores condições de trabalho e ampliação dos direitos trabalhistas. Nessa perspectiva, essa dimensão torna-se a reconstrução, no nível cognitivo, da realidade concreta apreendida em suas tendências, contradições e na observação das relações sociais. Para Iamamoto (2009):

O grande desafio na atualidade é, pois, transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo, uma maior atenção às categorias, táticas e técnicas do trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objetos de estudo e ação do assistente social. (IAMAMOTO, 2009, p. 52).

Em se tratando do momento atual, Yazbeck (2009, p.161) considera que, quanto ao referencial teórico-metodológico:

[...]permanecem as tensões e ambiguidades que caracterizaram o Serviço Social brasileiro na década de 1990: apesar da ruptura com o histórico conservadorismo e da legitimidade alcançada pelo pensamento marxista ampliam-se as interferências de outras correntes teórico-metodológicas, particularmente no âmbito da influência do pensamento pós-moderno e neoconservador e das teorias herdeiras da “perspectiva modernizadora” (Cf. NETTO, 1996) caracterizadas por seu caráter sistêmico e tecnocrático.

Já no contexto da dimensão ético-política, importa ressaltar a relevância desta para o Serviço Social. Suas diretrizes encontram-se presentes nas normativas de atuação do Assistente Social, na lei que regulamenta a profissão, no código de ética do Serviço Social,

nas diretrizes curriculares produzidas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, dentre outras publicações que apontam para princípios éticos que orientam o trabalho do Assistente Social.

A dimensão ético-político do Serviço Social propõe um compromisso de superação e enfrentamento do modelo capitalista e das mazelas por ele causado, firmado com a defesa intransigente dos direitos humanos, com a democracia, a liberdade e justiça social. Assim, a ética profissional do Serviço Social está associada ao compromisso político de um projeto de sociedade. Nesse sentido Barroco (2009, p. 177), afirma que “Como produto histórico da sociedade burguesa, no contexto da coexistência entre o maior desenvolvimento das forças essenciais do ser social e de sua negação, a materialização da ética ocorre na relação entre limites e possibilidades que não dependem apenas da intenção de seus agentes”.

Pode-se dizer, conforme assevera Barroco (2009), que o projeto profissional do Serviço Social veio romper com o conservadorismo que historicamente se impôs nos primórdios da profissão, utilizando-se do projeto ético-político para tanto, fundamentado no compromisso com as classes trabalhadoras. Teixeira e Braz (2009) identificam na segunda metade da década de 1970 a gênese do projeto ético-político, tendo seu ápice com o Código de Ética de 1986. Ainda esses autores afirmam, citando Netto (1999, p. 95) que o projeto ético-político do Serviço Social;

[...] tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. (TEIXEIRA e BRAS, 2009, p. 190, apud NETTO, 1999, p. 95)

Portanto, como não poderia deixar de ser, o Código de Ética Profissional contém valores que servem de orientação para a atuação crítica e consciente dos Assistentes Sociais diante das situações práticas cotidianas, nas quais terá que fazer opções, escolhas, adotar posicionamentos, realizar julgamentos e dar orientações, visando atender as necessidades dos usuários e garantir o seu acesso a direitos (TEIXEIRA e BRAS, 2009).

Por fim, a dimensão técnico-operativa do Serviço Social pode ser considerada como constituinte da formação profissional e funciona na práxis do Assistente Social, durante sua

atuação profissional, como uma ferramenta de execução de políticas sociais e/ou serviços sociais. Assim, essa dimensão se reflete na forma como o Assistente Social materializa políticas e serviços sociais aos seus usuários e à instituição, o que exige do Assistente Social articulação entre as três dimensões do Serviço Social na sua atuação profissional na contribuição e fortalecimento da defesa intransigente da pessoa humana e dos direitos sociais, da democracia e da justiça social (SANTOS, 2013). Esta dimensão fundamenta-se na teoria e orienta-se pelo compromisso ético firmado no projeto profissional, para estabelecer as estratégias de intervenção na realidade como afirma Santos (2013, p. 26) “a dimensão técnico-operativa envolve um conjunto de estratégias, táticas e técnicas instrumentalizadoras da ação, que efetivam o trabalho profissional, e que expressam uma determinada teoria, um método, uma posição política e ética”.

Dessa forma, essa dimensão se configura a partir da utilização dos instrumentos e técnicas na atuação do Assistente Social e nos processos de trabalho, que perpassam as competências instrumentais inerentes ao planejamento, à avaliação e à execução das políticas públicas e dos serviços sociais, bem como entre outros elementos que constituem o exercício profissional nos diferentes espaços sócio ocupacionais do Serviço Social (SANTOS, 2013).

Pode-se dizer que, de acordo com Santos (2013):

Por formar um conjunto dialeticamente articulado com as técnicas, os instrumentos são constantemente aprimorados por elas, diante da exigência de adequação das transformações da realidade, visando o atendimento das mais diversificadas necessidades sociais, que são historicamente determinadas. Por isso, o instrumental técnico-operativo possui um caráter histórico sendo influenciado pelas relações sociais postas na sociedade.

Como já afirmado anteriormente, o Serviço Social em seu projeto profissional estabelece-se como uma profissão que eticamente se propõe a defender os direitos humanos, a partir da promoção da qualidade dos serviços prestados e da garantia da equidade e da justiça social. Esse projeto ético-político, deve, portanto, se expressar nas atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais, motivo pelo qual estes devem “privilegiar a utilização de instrumentos de caráter democrático, coletivo, menos burocrático, sempre alinhados com a realidade em que intervém” (SANTOS, 2013, p. 28), sendo, então, necessário o conhecimento aprofundado dessa realidade para a escolha dos instrumentos adequados aos diferentes espaços sócioocupacionais, para que se alcance o resultado esperado.

Para tanto, o profissional deve avaliar quais as habilidades exigidas para utilização dos instrumentos, se ele detém essas habilidades e se os instrumentos são adequados às demandas propostas, visto que a forma com que respondem a essas demandas reflete o seu projeto profissional (SANTOS, 2013).

Diante do surgimento de novos espaços sócio-ocupacionais na atuação dos Assistentes Sociais, surgem também novas configurações instrumentais que acompanham políticas e programas, como por exemplo o “acolhimento”, a “escuta qualificada” e a “busca ativa” (SARMENTO, 2013). Nesse sentido, Sarmento (2013, p. 23) pondera que:

[...] os instrumentos são pensados e criados no marco de referências teóricas, são criados por meio de um conjunto de intenções éticas e políticas, portanto, não eram e nem são neutros e, por serem novos, não indicam necessariamente superação. Mesmo assim, quais análises têm sido feitas destas novas proposições instrumentais e qual a qualificação técnica e política realizada para subsidiar nossa formação e exercício profissional? Não creio que secundarizando esta discussão seja possível avanço em nossa atuação profissional.

Há que se fazer de forma competente um conjunto de procedimentos que sejam articulados entre si, isto é, técnicos (no sentido de saber fazer e conduzir tecnologia e conhecimentos); políticos (tomar posição e fazer escolhas na articulação de sujeitos e movimentos sociais); teóricos (capacidade de análise, compreensão e projeção); ético (não basta querer, é preciso saber o que se quer conhecer os fundamentos dos princípios e valores que norteiam nossas ações, tais como igualdade, justiça e liberdade).

Assim, a autonomia profissional configura-se como um elemento fundamental no processo de escolha dos instrumentos e na emissão de sua opinião técnica, em atendimento às atividades determinadas pelas organizações (SANTOS, 2013). Mais uma vez, são as direções teóricas que direcionam a escolha dos instrumentos, bem como fundamentam a manifestação técnica do profissional.

A compreensão e apropriação dos conceitos e da importância das dimensões abordadas acima são essenciais para que o Assistente Social delimite seu espaço no âmbito de atuação em equipes multidisciplinares, estabelecendo sua autonomia e respeitabilidade diante de outros profissionais que também detêm competências específicas e reconhecidas profissionalmente.

3.3 Os limites e as possibilidades do trabalho do Assistente Social em equipes multiprofissionais.

Os determinantes multicausais e a complexidade dos problemas de saúde, exigem uma análise por diversos ângulos, o que demanda, em alguns casos, o trabalho de mais de um profissional em conjunto, com objetivos comuns porém com intervenções diferentes frente às demandas dos usuários da saúde – são as equipes multiprofissionais que proporcionam esse tipo de atuação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O trabalho de uma equipe multiprofissional na saúde é constituído por profissionais de diversas áreas, tais como: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros. É caracterizado, ainda, pela busca por resultados e objetivos comuns, partindo da interação entre os saberes das diversas áreas do conhecimento e favorecendo, a partir de uma postura interdisciplinar, uma maior abrangência da prática profissional do Assistente Social (SILVA e LIMA, 2012). No caso da saúde, buscam o atendimento e resolução das necessidades apresentadas pelos usuários das políticas públicas nos diferentes níveis de intervenção da saúde.

De acordo com Silva e Lima (2012, p. 115) “Para o Serviço Social, por ser uma profissão cuja formação é vinculada às diversas áreas de conhecimento, a postura interdisciplinar é exigida à medida que a reflexão sobre a interação entre os diferentes saberes favorece a abrangência de sua prática profissional e em equipe”.

Deve-se, portanto, atentar para dois aspectos importantes: o primeiro, diz respeito aos objetivos e às atribuições privativas do Assistente Social, previstas e legitimadas pelo Código de Ética da profissão; o segundo decorre da insuficiência de fundamentação teórico-conceitual e prática sobre interdisciplinaridade, que pode vir a reforçar ações hierarquizadas entre as categorias profissionais nas equipes multiprofissionais, implicando na fragmentação do trabalho e prejudicando o alcance de objetivos comuns (SILVA e LIMA, 2012).

Conforme Raichelis (2009):

Ao contrário do que muitas vezes se considera, o trabalho interdisciplinar demanda a capacidade de expor com clareza os ângulos particulares de análise e propostas de ações diante dos objetos comuns a diferentes profissões, cada uma delas buscando colaborar a partir dos conhecimentos e saberes desenvolvidos e acumulados pelas suas áreas (RAICHELIS, 2009, p. 458).

Daí a importância da interdisciplinariedade no Serviço Social, visto que essa interligação de saberes proporciona a escolha de melhores métodos de planejamento, de tomada de decisões e de atuação na prática, com o objetivo de ampliar as perspectivas de resolução dos problemas sociais (SILVA e LIMA, 2012).

Os resultados da atuação do Assistente Social no trabalho em equipe multiprofissional dependem diretamente da articulação/integração das ações de todos os profissionais que atuam no campo da saúde, significa uma inter-relação de saberes e atuações profissionais. De acordo com JAPIASSU (1976, apud SILVA E LIMA, 2012, p. 118):

O que se almeja é ultrapassar teórica e praticamente as iniciativas multidisciplinares, entendidas como meras justaposições dos recursos de várias disciplinas, sem a exigência de um trabalho em equipe e coordenado, onde a solução de um só problema exige informações emprestadas de duas ou mais especialidades ou setores de conhecimento, mas não há o enriquecimento mútuo entre elas porque não há acordo prévio sobre os métodos a seguir ou sobre os conceitos a serem utilizados (JAPIASSU, 1976).

Aqui é importante destacar que não se deve confundir equipes multiprofissionais com multidisciplinaridade e com interdisciplinaridade. A primeira conceituação consiste em equipes compostas por profissionais de várias áreas; a segunda é a coexistência de várias disciplinas sem interconexão; e a terceira, é a “[...] ação concreta de juntar, articular diferentes conhecimentos e experiências práticas” (SILVA e LIMA, 2012, p. 118).

Assim, um atendimento integral de qualidade será viável quando os profissionais envolvidos compreenderem que a saúde esta para além de ausência de doenças, bem como quando esses profissionais são dotados de consciência crítica e reflexiva sobre a complexa visão do processo saúde-doença (SILVA e LIMA, 2012). No desenvolvimento da integralidade na saúde, entende-se como indispensável à ação cotidiana do Assistente Social, visando a identificação e o acompanhamento dos determinantes sociais da saúde, que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias para o enfrentamento desses aspectos, pois conforme existe:

[...] a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no uso de referências que abordam o campo psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional, no cotidiano de seu trabalho profissional, se distancia do objetivo da profissão, que na área da saúde 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, 2010, p. 26).

Ainda segundo CFESS (2010), o Assistente Social na sua atuação não deve desconsiderar as expressões dos problemas sociais vividos pelos usuários das políticas sociais, e muito menos reduzir a defesa dos direitos sociais destes usuários apenas ao trabalho dos profissionais inseridos no campo da saúde. Assim tem se colocado que: “As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde, com visão generalista e não fragmentada” (CFESS, 2010, p. 26-27).

No atendimento direto aos usuários dos serviços de saúde em que predominam as ações socioassistenciais e as ações de articulação multiprofissional, bem como outras redes de apoio e também nas ações socioeducativas, compreende-se que estas ações não acontecem de forma isolada, mas deveriam acontecer de forma integrada em processos coletivos pelos profissionais da saúde, devendo estas serem complementares e indissociáveis umas das outras.

Nos níveis que compõem a política de saúde, os Assistentes Sociais devem trabalhar no atendimento direto aos usuários da saúde, integrar e participar dos grupos multiprofissionais no sentido de apoiar os usuários dos serviços de saúde, bem como em campanhas e ações socioeducativas, como as exemplificadas a seguir:

[...] através de oficinas e salas de espera e desenvolvidas pelo grupo misto, estiveram orientadas numa perspectiva multiprofissional, visando socializar informações à comunidade com base em aspectos socioculturais, biológicos e político-econômicos na apreensão do processo saúde-doença e envolvendo: assistente social, médica, estagiários de Medicina, monitoras PET Saúde de Serviço Social, educador social e agentes comunitários de saúde. Conforme Nora et al. (2009), por meio da sala de espera, é possível estimular a humanização do atendimento, de modo a proporcionar um ambiente de acolhimento aos usuários e familiares que utilizam os serviços de saúde, pois criam-se espaços de diálogo e vínculo entre usuário e profissional, constituindo-se como um suporte ao atendimento e ao cuidado integral. (SILVA e LIMA, 2012, p. 121)

Logo, pode-se entender que o processo de trabalho do Assistente Social no campo da saúde deve ser reconhecido como o de um trabalhador especializado, visto que para o CFESS (2014, p. 44), este profissional possui “ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde”.

O Assistente Social desenvolve suas atribuições com base na lei de regulamentação da profissão (Lei Nº 8.662/1993), e em seu exercício profissional lhe é exigido que seja:

[...] um sujeito profissional que tenha competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho (IAMAMOTO, 2009, p.24).

Por outro lado, “O Serviço Social é uma atividade que, para se realizar no mercado, depende das instituições empregadoras, nas quais o assistente social dispõe de relativa autonomia no exercício do seu trabalho.” (IAMAMOTO, 2009, p. 70). Então, na forma de trabalhador assalariado, o Assistente Social depende de uma relação de compra e venda de sua força de trabalho especializada em troca de um salário, com as instituições que demandam ou requisitam o seu trabalho profissional. Entretanto, deve-se considerar que, conforme aponta Iamamoto (2014), por depender de políticas sociais para o exercício de suas atribuições, o Assistente Social não se afirma no mercado como profissional liberal e não participa no mercado exercendo uma função diretamente produtiva, mas divide com outras profissões a tarefa de implementação de condições necessárias ao processo de reprodução no seu conjunto.

Assim, embora a demanda por Assistentes Sociais seja crescente, o investimento na contratação desses profissionais, nos últimos anos, ainda não foi suficiente para modificar o contexto de precarização do trabalho profissional do Serviço Social em equipes multiprofissionais na saúde. As exigências impostas pelas instituições empregadoras aos profissionais do Serviço Social inseridos na organização sociotécnica do trabalho, conforme Iamamoto (2009):

[...] materializam requisições, estabelecem funções e atribuições, impõem regulamentações específicas ao trabalho a ser empreendido no âmbito do trabalho coletivo, além de normas contratuais (salário, jornada, entre outras), que condicionam o conteúdo do trabalho realizado e estabelecem limites e possibilidades à realização dos propósitos profissionais. (IAMAMOTO, 2009, p. 39).

É importante conhecer as demandas que chegam ao Assistente Social na sua totalidade e também a maneira que as instituições empregadoras desses profissionais organizam os serviços para atender as demandas socioassistenciais na saúde, respeitando o princípio da integralidade. Assim, o Estado deve disponibilizar recursos que possam efetivar as intervenções e maximizar a qualidade dos serviços oferecidos pela política de saúde de forma universal, democrática e como um direito de todos, nos seus diferentes níveis de atendimento.

As equipes multiprofissionais que atuam na saúde devem compreender que, apesar das dificuldades e da escassez de investimentos, os diferentes níveis da saúde devem estar articulados entre si e que esta articulação promove o desenvolvimento do trabalho profissional no contexto social dos usuários dos serviços de saúde. Entende-se que os diálogos interdisciplinares, a troca de conhecimentos e experiências profissionais têm potencial educativo e podem refletir em um atendimento integral respeitando a dignidade da pessoa humana, conforme pressupostos do Código de Ética do Serviço Social.

Dessa forma, como já afirmado anteriormente, o trabalho em equipe não presume descartar as especificidades de cada profissão atuando em equipes multiprofissionais, pois a inter-relação das especificidades profissionais pode melhorar o trabalho de cada profissional, na medida em que essas particularidades profissionais permitem o aprimoramento do conhecimento e o desenvolvimento técnico na atuação do trabalho em equipes, conforme também assevera Raichelis (2009):

Ao contrário do que muitas vezes se considera, o trabalho interdisciplinar demanda a capacidade de expor com clareza os ângulos particulares de análise e propostas de ações diante dos objetos comuns a diferentes profissões, cada uma delas buscando colaborar a partir dos conhecimentos e saberes desenvolvidos e acumulados pelas suas áreas. (RAICHELIS, 2009 p. 389)

Entretanto, deve-se atentar, além dos aspectos já citados que causam a precarização das condições de trabalho, para as especificidades das competências atribuídas aos Assistentes Sociais, para que estes não sejam demandados pela equipe de saúde ou mesmo pelos empregadores para realizar ações que não lhe são atinentes. O CFESS (2010) alerta para o fato de que atividades de caráter estritamente técnico-administrativo (como marcação de consultas e exames, ou solicitação de autorização para procedimentos), ou que exijam formação técnica específica, não devem ser atribuídas ou mesmo assumidas pelos Assistentes Sociais, apesar das pressões muitas vezes estabelecidas pelo volume de demandas.

A equipe de trabalho tem que compreender as atribuições do profissional do Serviço Social, contempladas em sua formação e previstas nas Diretrizes Curriculares estabelecidas para o curso, mesmo que para isso tenham que ser realizadas reuniões e debates entre os profissionais e seus empregadores ou superiores hierárquicos (CFESS, 2010). O trabalho em equipe multiprofissional requer, pois, reconhecimento e valorização de diversos saberes profissionais e técnicos, bem como um posicionamento aberto ao diálogo de maneira horizontalizada.

No trabalho interdisciplinar em equipes multiprofissionais da saúde, o Assistente Social é o profissional que planeja, elabora e executa planos, programas e projetos sociais; realizam estudos e pesquisas para avaliar a realidade social e propor medidas de intervenções; promove e participa de movimentos sociais; faz orientações e encaminhamentos individuais e de grupos quanto a direitos sociais; realiza estudos socioeconômicos para fins de acesso a benefícios e serviços sociais, bem como, verifica as vulnerabilidades sociais dos usuários dos serviços de saúde, através do seu exercício profissional, a fim de promover alternativas ao enfrentamento das expressões da questão social, na importância do reconhecimento dos usuários da saúde como pessoas dotadas de direitos, no contexto democrático e de cidadania.

Assim, conforme a Portaria Nº 2.528/2006 que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI, a prática dos cuidados socioassistenciais à saúde da pessoa idosa deve acontecer através de uma aproximação global, interdisciplinar e multidimensional, considerando os vários aspectos da vida da pessoa humana. Na promoção da atenção especializada, uma das formas necessárias para fortalecer a atenção da saúde da pessoa idosa seria a implementação de modelos de atendimentos compatíveis com as necessidades dos idosos, por meio de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que necessário.

Inserido em equipes multiprofissionais, o Assistente Social que atua na área da saúde e na promoção das políticas de saúde, na materialização dos direitos referentes à saúde do idoso, convive cotidianamente com os desafios impostos pela própria política de saúde. Os modelos de promoção da saúde condicionam o alcance dessas políticas, que se refletem na qualidade do trabalho e na prestação dos serviços executados pelo Assistente Social. Esta pesquisa, visa, portanto, analisar, na prática, como se dá esse atendimento e quais as percepções dos Assistentes Sociais sobre esse papel por eles desempenhado.

4 CAPÍTULO III: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO GUARÁ-DF.

4.1 A concepção de saúde para o Serviço Social.

No tópico 2.1 deste trabalho, foi analisado o processo histórico do estabelecimento das políticas públicas de saúde no Brasil. Registrou-se que, dentre as principais propostas debatidas pelos sujeitos coletivos no período de 1974 a 1990, estavam: a universalização do acesso a saúde - uma concepção de saúde na perspectiva de um direito social e dever do estado, a partir da reestruturação da saúde por meio de um Sistema Único de Saúde; o reordenamento do setor com uma nova perspectiva tanto da saúde individual quanto da saúde coletiva; a descentralização dos processos de decisões para as esferas estaduais e municipais; e o financiamento e democratização dos poderes locais por meio de novos mecanismos de gestão, como por exemplo, os conselhos de saúde (BRAVO 1996).

Outro marco importante para chegar a uma nova concepção de saúde no Brasil foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em março de 1986, em Brasília-DF, que contou com uma participação substancial de pessoas (mais de quatro mil, dentre as quais, 1000 delegados) e levou o debate da política de saúde para o âmbito da sociedade, ou seja, os cenários de debates passaram a ter representantes da sociedade civil. A questão da saúde passa a ser vista também a partir da perspectiva da necessidade de uma Reforma Sanitária. Como registrado por BRAVO (1996, p. 11-12):

A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais, segundo Teixeira (1989: 50-53): a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais.

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias.

A 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção. A alteração da norma constitucional ocorreu no processo constituinte com toda a articulação e mobilização efetuada, tendo como resultado um texto bom para a saúde, que incorpora grande parte das reivindicações do movimento sanitário. Ao analisar o processo, muitos autores e lideranças de entidades consideram que nenhum outro setor teve o desempenho e uma proposta clara como a Saúde.

Isto porque, a principal proposta da Reforma Sanitária era justamente garantir direitos sociais e universalizar as políticas sociais e tornar a saúde uma política pública foi uma das

primeiras ações a serem implementadas, no objetivo de ampliar o nível da importância sanitária, ter visibilidade necessária para inclusão das pautas na agenda do governo e garantir o apoio necessário para sua aprovação.

Importa registrar, entretanto, qual o conceito de saúde a que se referem as normas e o qual será utilizado neste trabalho:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

Portanto, trata-se de uma concepção ampliada de saúde, que não se restringe à ausência de doenças, mas que engloba fatores como melhores condições de vida e de trabalho (CFESS, 2014). Nesse mesmo sentido, a Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990, (BRASIL, 1990), que regulamenta as ações e serviços de saúde públicas, traz em seu Art. 3º alguns condicionantes/determinantes sociais da saúde, os quais definem que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p. 1).

Assim para o alcance de um bem-estar físico e mental dos cidadãos na sociedade, a cidadania deve ser compreendida, segundo Coutinho (2000, p. 50), “[...] como capacidade de todos os indivíduos, no caso de uma democracia efetiva, de se apropriarem dos bens socialmente produzidos, de atualizarem as potencialidades de realização humana, abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado”. Nesta concepção abrangente, a democracia inclui a socialização da economia, da política e da cultura na direção da emancipação humana, ou seja, da supressão dos processos de exploração, dominação e alienação (IAMAMOTTO, 2009).

Porém, Bravo reflete que ao final dos anos 80 do século XX, alguns aspectos já eram passíveis de críticas em face das propostas da Reforma Sanitária, que seriam: “a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a

ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma” (BRAVO, 1996, p. 12).

Para os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde:

[...] a política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde. (CFESS, 2014, p. 19).

Observa-se, portanto, que os princípios da saúde vêm sendo flexibilizados e dessa forma se concretiza uma política de Saúde de possibilidades e não uma política de saúde de direito, não uma política de saúde conforme os preceitos constitucionais, ou seja, uma política de saúde para a classe na linha da pobreza, que não tem acesso ao sistema privatizado de saúde. Para Paim (2009) deve-se fazer alguns questionamentos em relação a esse tipo de conduta no que diz respeito ao desmonte do SUS em cada gestão governamental:

Os serviços de saúde devem ser entendidos como um “bem” para aquele que necessita ou devem ser comprados no mercado por aqueles que podem pagar? Se a segunda opção for a correta, o que fazer com as pessoas que não podem comprar os serviços? Seriam atendidas pela caridade dos prósperos, pelo Estado, por ambos? Convém organizar um sistema de saúde separando o atendimento dos pobres, da classe média e dos ricos? Se a saúde for considerada um direito e não uma mercadoria, a oferta de serviços não deveria ser igual para todos? Na hipótese de os serviços de saúde serem disponíveis para todos, seria justo oferecer mais para aqueles que mais carecem? Como estabelecer prioridades em saúde diante de necessidades tão distintas, prementes e complexas? (PAIM, 2009, p. 17).

Dessa forma, conforme se flexibilizam/modificam os princípios gerais da política de saúde, fragiliza-se toda a proteção de direitos que vem sendo construída através do projeto ético-político do Serviço Social articulado ao projeto de Reforma Sanitário. Entretanto, orientado por seu Código de Ética Profissional o Assistente Social não pode se furtar a desempenhar seu papel social, e, para tanto, deve atender a um perfil que o permita atuar frente às diversas políticas sociais, afastando-se de “abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente” (CFESS, 2014, p. 32).

A perspectiva de saúde a ser adotada pelo profissional do Serviço Social deve ter um caráter totalizante, fundamentada nas determinações sociais, econômicas e culturais das

desigualdades sociais, o que implica no reconhecimento da questão social como objeto de sua intervenção como profissional e exige (CFESS, 2014, p. 33):

[...] leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos.

Não se deve, esquecer, portanto, que o contexto e as condições sociais em que estão inseridos os usuários dos serviços públicos impactam no processo saúde-doença, e aí encontra destaque a atuação do Assistente Social, diante da complexidade do cenário atual em que se observa a precarização cada vez maior das condições de trabalho, o aumento da informalidade e a restrição de direitos (CFESS, 2014).

Outro aspecto que merece ser observado é a iminência de aprovação da Reforma da Previdência, ainda em 2019, em que se prevê um aumento do tempo de contribuição e de idade mínima para aposentadoria, o que na iniciativa privada pode implicar impossibilidade de acesso a este direito por muitas pessoas, vindo a afetar a saúde global de muitos idosos que terão que trabalhar por mais tempo, ou mesmo sofrerão com a restrição monetária diante da aposentadoria proporcional.

Segundo o CFESS (2014, p. 39), a atuação dos Assistentes Sociais no atendimento a usuários da saúde se dá em quatro grandes eixos: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional”.

Para Vasconcelos (2010, p. 1):

As tendências do Serviço Social na saúde contêm determinações que não estão apenas relacionadas à definição e priorização do que fazer, como veremos adiante. Antes de tudo, coloca-se como desafio aos assistentes sociais como nos desvencilhar do que fazemos atualmente, a partir da priorização das requisições institucionais, em favor do que é necessário fazer, a partir da priorização das demandas dos usuários. É priorizando as reais demandas dos usuários, nem sempre aparentes, que poderemos dar alguma contribuição significativa na concretização do SUS como está garantido na Constituição de 1988.

Desse modo, coloca-se como desafio aos assistentes sociais: Superar a condição de complementação de serviços médicos, a partir de uma relação secundária não só com a medicina, mas com os demais profissionais de saúde e com os gestores, para,

no campo da saúde/doença, sedimentar uma atuação autônoma, mas não isolada e fragmentada das demais profissões, priorizando o enriquecimento da subjetividade, a promoção e a prevenção, sem prejuízo das ações assistenciais.

Novamente ressalta-se a importância da atuação do Assistente Social baseado nas três dimensões anteriormente abordadas, visto que o profissional deve ter respaldo tanto teórico-metodológico, quanto técnico-operativo e não pode se afastar dos aspectos ético-políticos para que possa ser respeitado em sua autonomia e autoridade em temáticas e situações em que é demandada a sua atuação. Para Vasconcelos (2010, p.2) “É a qualidade da nossa atuação no conflito de interesses entre usuários/instituição que vai possibilitar ou não a contribuição dos assistentes sociais na garantia dos aspectos socializantes do SUS: universal, com qualidade e controle social”.

Na atual situação contextual brasileira, pode-se dizer que ocorre um processo de contrarreforma do Estado, a partir da desconstrução de políticas sociais e da retirada de direitos e garantias conquistadas anteriormente e a política de saúde é uma dentre as que estão sofrendo ataques, com a justificativa da necessidade de redução de gastos para conter a crise financeira (SILVA, 2017). Porém, a própria autora complementa que:

Deste modo, os profissionais que se defrontam em seu cotidiano de trabalho com demandas que refletem nitidamente expressões da questão social, estão inseridos num universo de contradições que, muitas vezes, inviabiliza a garantia ou o acesso a alguns direitos, mas não engessa a atuação profissional daqueles que conhecem a conjuntura da realidade em que estão inseridos, o que permite a reflexão e a apropriação de novas estratégias de atuação que alcancem e também defendam de algum modo, o que o Projeto ÉticoPolítico da profissão propõe (SILVA, 2017, p. 98-99).

Então, caberá aos profissionais do Serviço Social saber transpor, na prática, as dificuldades que se impõe devido ao cenário político-econômico à sua atuação profissional nos diversos espaços de assistência à saúde, desde a atenção básica, até os serviços de média e alta complexidade.

4.2 A atuação do Assistente Social e os níveis de atenção à saúde na rede pública.

Para a OMS (2003), os sistemas de atenção à saúde são estruturas articuladas que contemplam diversos atores em uma política de saúde e devem oferecer ações voltadas à

promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, definidas nos modelos de atenção à saúde.

Os níveis de atenção a saúde estão compreendidos no arranjo estratégico das práticas de saúde em resposta às necessidades de seus usuários. Esse arranjo manifesta-se através das políticas, programas e serviços de saúde os quais compõem o Sistema Único de Saúde-SUS. Assim a atenção à saúde no Brasil segue uma organização descentralizada e é configurada em três níveis de complexidade: primária, secundária e terciária. Esse modelo foi adotado para dividir a prestação de serviços ofertados pelo SUS, conforme a Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde - RAS no âmbito do SUS.

O Ministério da Saúde conceitua “atenção à saúde” como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, com o objetivo de: promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL MS 2010).

A expressão atenção à saúde traz consigo processos de lutas e conquistas históricos, políticos e culturais que enfatizam discussões e a defesa de projetos na área da saúde, tanto para a definição da própria concepção ampliada de saúde, anteriormente citada, quanto para o estabelecimento dos objetivos de suas ações e serviços, ou seja, como devem ser as ações e serviços de saúde, assim como se organizam para alcançar os objetivos na saúde.

Assim, considera-se que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para assegurar aos usuários a atenção integral, contínua, efetiva e eficaz, sendo recomendável a cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde (ARAÚJO, 2016). No Brasil, visando atender aos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS, tem-se utilizado o modelo de redes de atenção em sua organização.

Conforme o Art. 5º, da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), são objetivos do SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1^o do art. 2^o desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

As redes de atenção à saúde, articuladas entre si, são de extrema importância para o trabalho em todos os níveis de complexidade da saúde, pois nesse sentido facilitam o acesso dos usuários nos diferentes níveis. Para Paim (2001, p. 4-5) “Modelos de atenção a saúde ou modelos assistenciais têm sido definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde”. Assim destaca-se a importância das articulações entre os níveis do sistema referenciado de saúde bem como outras redes de apoio, onde podem ocorrer diversos encaminhamentos dos usuários para serviços de maior ou menor complexidade, dentro ou fora das instituições de saúde.

Voltando à Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), esta dispõe que:

Art. 8^o As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada “em níveis de complexidade crescente”.

No processo histórico de lutas pela ampliação dos direitos à saúde, o entendimento de atenção à saúde carrega consigo o objetivo de superar o modelo biomédico-curativo, passando de um modelo de assistência à saúde mercantilizado e assistencialista, para um modelo que contemple a perspectiva da prevenção frente ao indivíduo e à coletividade, considerando os determinantes sociais da saúde, como afirma Paim (2001, p. 7) “A opção por determinado modelo de atenção deve levar em consideração a necessidade de se tomar como ponto de partida a identificação e a análise dos problemas de saúde da população (riscos e danos), bem como seus determinantes”.

Conforme já exposto nos capítulos anteriores, o modelo biomédico limita o processo saúde-doença à sua dimensão anatômica/fisiológica, desconsiderando os determinantes sociais

¹ § 1^o O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL 1990, Lei 8.080 de Setembro de 1990).

da saúde, ou seja, determinantes culturais, políticos e econômicos, concentrando a intervenção no diagnóstico e na cura. Dessa forma, é importante enfatizar que o modelo de prevenção à saúde só se ampliou a partir da Reforma Sanitária, e encontra guarida no Art. 6º, parágrafos 1º, 2º e 3º, da Lei 8.080/1990, quando define vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador:

§1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: [...]

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: [...] (BRASIL, 1990).

Araújo (2016, p. 31) cita como exemplos dessas ações “[...] as campanhas de vacinação e o controle de epidemias, o foco em redução de riscos na área de vigilância sanitária, a prevenção e controle de doenças por meio de recomendação e adoção de medidas na área de vigilância epidemiológica e programas especiais como o de tuberculose, de controle de tabagismo, de agentes comunitários ou saúde da família”.

Nesse sentido, Paim (2001, p. 8) reafirma que:

Modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial não é uma forma de organizar serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos. Corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde. Incorpora uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo de intervenção em saúde).

Dessa forma, o modelo de atenção à saúde brasileiro foi dividido em três níveis de complexidade: primária, secundária e terciária, de acordo com as densidades tecnológicas demandadas nos atendimentos, sejam elas de menor densidade (atenção primária à saúde –

APS), de densidade intermediária (atenção secundária à saúde), ou de densidade tecnológica superior (atenção terciária à saúde). Dentro dos dois maiores níveis de atenção, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) define média e alta complexidade em saúde, respectivamente, conforme se segue:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento;

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (CONASS, 2007, p. 17-18).

No primeiro nível de atenção à saúde, os usuários da saúde encontram as seguintes ações de promoção, prevenção e tratamento saúde:

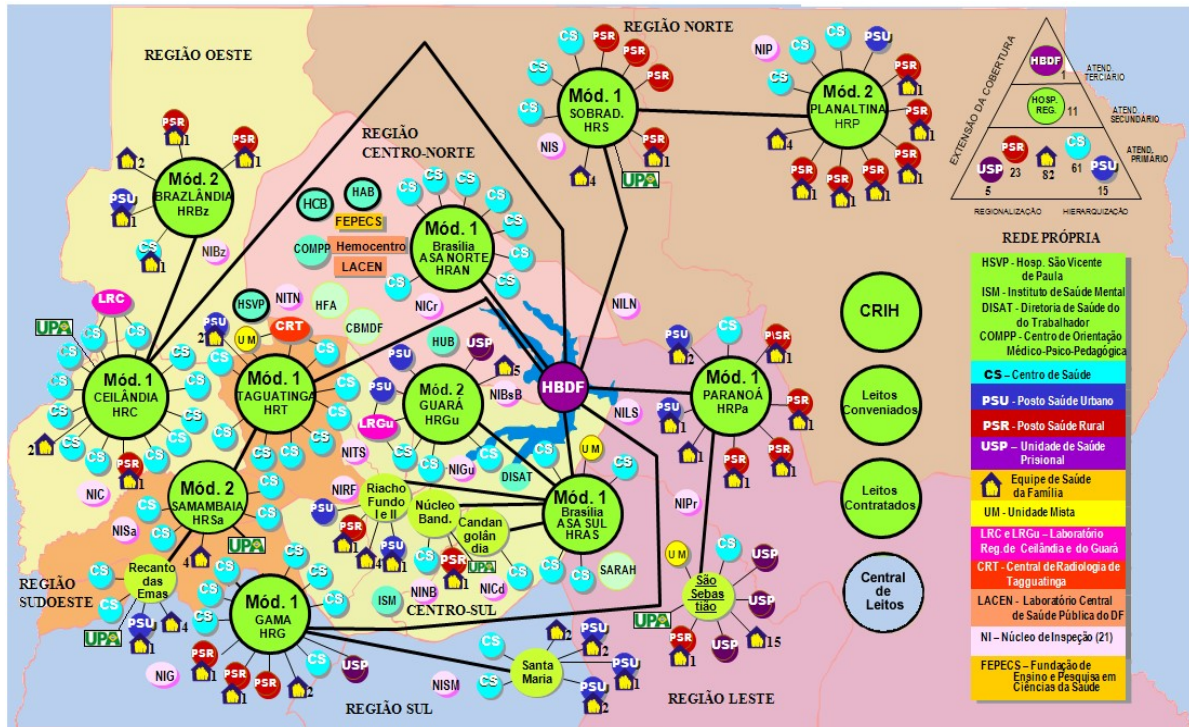
Acolhimento; Acolhimento/avaliação da mãe-bebê após alta na maternidade; Cadastramento individual e domiciliar; Assistência de enfermagem, médica, odontológica e multiprofissional; Visita domiciliar; Promoção da Saúde e Práticas Integrativas em Saúde (PIS); Controle do tabagismo, álcool e outras drogas; Atenção à saúde da gestante, criança, adolescente, mulher, homem, LGBT e idoso; Acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF); Acompanhamento de doenças crônicas, incluindo hipertensão e diabetes; Acompanhamento e tratamento de hanseníase e tuberculose; Teste diagnóstico, tratamento e acompanhamento de dengue, zika, febre amarela e outras viroses (transmissíveis por vetores – mosquitos); Curativos, retirada de pontos, troca de sondas, suturas e pequenos procedimentos; Planejamento familiar, colocação de DIU, entrega de preservativos (masculinos e femininos) e contraceptivos; Teste rápido de gravidez e acompanhamento do pré-natal; Vacinação; Coleta de exames laboratoriais; Confecção de Cartão SUS; Entrega de medicamentos e insumos básicos; Prevenção, aconselhamento, testagem e tratamento de HIV/ Aids, Hepatites, Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); Rastreamento de câncer de colo de útero e mama; Administração de medicamentos e nebulização, entre outras ações e serviços. Saúde mental Saúde bucal Atendimento de pequenas urgências, e outros problemas que não colocam sua vida em risco entre outros (BRASÍLIA, 2018).

Para o atendimento prioritário, gestantes e os extremos de idade também são considerados fatores de agravos à saúde. Assim, pacientes em qualquer idade gestacional, idosos e crianças com idade inferior a 6 meses têm prioridade no atendimento.

Conforme mapa da SESDF (Figura 2), o DF conta com uma extensão de cobertura, regionalizada e hierarquizada de: 05 Unidades de Saúde Prisional, 23 Postos de Saúde Rurais, 82 Equipes de Saúde da Família, 61 Centros de Saúde, 15 Postos de Saúde. Já a rede

secundária de atendimento a saúde possui uma rede 11 Hospitais Regionais e na rede terciária apenas com 1 Hospital de Base. Última Atualização July 13, 2018, 6:35 PM (UTC-03:00).

Figura 2 – Mapa das unidades da saúde por região



Disponível em: <http://dados.df.gov.br/dataset/450f1ce4-ba43-4ff3-8804-d8ff505bf5c3/resource/6ee50bdf-874b-4217-af00-0d2b2d557bb5/download/mapa-das-unidades-da-saude-por-regiao.png>. Acesso em 08/06/2019.

Para OLIVEIRA (2016) é necessário que os profissionais envolvidos nos diferentes níveis de complexidade conheçam e tenham domínio de todo aparato legal, principalmente dos códigos de ética, afim que esses profissionais “tenham direção crítica da profissão, para que a lógica tecnicista dos serviços de saúde não os (as) transformem em meros reprodutores de ações definidas por demais categorias profissionais, perdendo de vista o norte dos princípios basilares da Reforma Sanitária” (OLIVEIRA 2016, p. 13).

A participação do Serviço Social na equipe de saúde cumpre um papel particular de estabelecer uma conexão tanto entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto entre as políticas de saúde e outras políticas sociais (OLIVEIRA, 2016). O CFESS (2014) esclarece que o Assistente Social atende diretamente aos usuários nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, passando pela atenção básica até nos serviços de média e alta complexidade, nas seguintes 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 vinculada seja federal, estadual ou municipal (CFESS, 2014, p. 39).

Sua atuação se dá por meio de ações socioassistenciais, de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas, que são parte complementar e indissociável do processo coletivo do trabalho em saúde, juntamente com as ações paralelas e transversais de investigação, planejamento, além da assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social (CFESS, 2014).

O CFES (2014, p. 42-43), enumera as principais ações a serem realizadas pelo Assistente Social:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único,

resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;

- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

Entretanto, ressalta-se que o Assistente Social deve estar consciente de suas competências e atribuições, para estabelecer estratégias que viabilizem o estabelecimento de prioridades nos atendimentos, sem se deixar contaminar pelo caráter emergencial ou burocrático. Deve, ainda, pautar suas ações na análise e reflexão quanto às condições sócio-históricas a que estejam submetidos os usuários e, a partir desse mapeamento da realidade, ter mais elementos para que possa cumprir seu papel em defesa da garantia do direito à Saúde e outros direitos sociais que possam ser acessados por esse usuário (CFESS, 2014).

4.3 A atuação profissional do Assistente Social nas Unidades Básicas de Saúde da região administrativa do Guará-DF – dificuldades e desafios

4.3.1 Metodologia.

Para analisar a atuação profissional do Assistente Social na atenção primária à saúde primária, identificando a natureza das demandas apresentadas a esses profissionais do Serviço Social e de que forma estes contribuem por meio de seu exercício profissional para a materialização de direitos de cidadania, considerou-se pertinente a utilização de métodos qualitativos para realização da pesquisa proposta, tendo em vista se tratar de ambiente de campo complexo, com participantes com características e personalidades diversificadas, sendo que os métodos qualitativos direcionam o foco da pesquisa para a compreensão do significado dos fenômenos, sem que se tenha por objetivo quantificar ou generalizar resultados (YIN, 2016). Como ressalta Minayo (2017), o mais importante é que o fenômeno seja abordado em suas múltiplas dimensões e com intensidade, sendo possível obter das interações um conteúdo profundo e de qualidade, posteriormente analisados a partir das teorias que fundamentam a pesquisa.

Quanto à natureza da pesquisa, portanto, pode-se dizer que é aplicável à pesquisa qualitativa, devido à compatibilidade com algumas características desta, como as citadas por Creswell (2010): diversidade das fontes de dados, seja por análise documental, observação ou realização de entrevistas; conhecimento parcial e limitado sobre o objeto da pesquisa e sua imprevisibilidade, visto que o planejamento inicial para a pesquisa pode ser alterado após a ida a campo; realização da pesquisa em um ambiente natural, no qual os participantes realmente vivenciam suas experiências quanto à questão objeto do estudo; importância do referencial teórico para fundamentar o desenvolvimento da pesquisa; produção de novas informações que atribuam um caráter interpretativo à pesquisa qualitativa; e análise indutiva de dados, dentre outros aspectos.

Para realizar o levantamento de informações e dados de múltiplas fontes, foram realizadas pesquisas bibliográfica e documental indireta, e a pesquisa de campo, por meio de como documentação direta, sendo que a primeira se utiliza de fontes de dados já coletados por outras pessoas e a segunda busca obter os dados no local de ocorrência dos fenômenos (MARCONI E LAKATOS, 2012).

A pesquisa bibliográfica permite ao pesquisador ter acesso aos materiais já escritos sobre o tema que pretende analisar e é considerada como o primeiro passo para o desenvolvimento da pesquisa (MARCONI E LAKATOS, 2012). Em princípio, portanto, foi feito um estudo bibliográfico para conhecimento do campo que seria pesquisado e para fundamentar teoricamente o trabalho, partindo de uma análise do seu estado da arte. Este se concretizou a partir de buscas no repositório da Universidade de Brasília e em fontes de dados científicos, tais como livros, revistas, jornais e artigos pertinentes aos temas pesquisados, utilizando os referidos materiais na composição do referencial teórico anteriormente descrito. Além disso, foram utilizadas informações disponíveis em sítios oficiais na internet com informações referentes à política de saúde, aos direitos dos idosos, à regulamentação do trabalho do Assistente Social e à caracterização do campo de pesquisa, que configuraram as principais bases para a construção crítica e dialética deste trabalho.

Quanto à pesquisa de campo, que consiste “no recorte empírico da construção teórica” (MINAYO, 2001, p. 26), foi realizada na rede de saúde do Guará, cuja caracterização será abordada a seguir. A escolha dessa região administrativa foi devidamente justificada na Introdução deste Trabalho, podendo-se incluir como motivação o fato de tratar-se de região

administrativa que possui um número razoável de unidades básicas de saúde, favorecendo o desenvolvimento da pesquisa, sem que seja demasiadamente pequeno ou grande, o que inviabilizaria o cumprimento do cronograma.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, como técnica de coleta de dados na pesquisa de campo, para coletar informações junto a Assistentes Sociais. Para isso, foram feitas visitas às Unidades Básicas de Saúde da Região Administrativa do Guará – DF, nas quais foram identificados os possíveis participantes/sujeitos da pesquisa e agendadas as entrevistas. Essa técnica foi escolhida porque, conforme assevera Manzini (1991), pode fazer surgir informações de forma mais espontânea e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de perguntas. As entrevistas foram transcritas criteriosamente, atentando-se para alguns aspectos importantes, para que relatos não fossem omitidos ou acrescentados (CRESWELL, 2010).

A partir da leitura transversal das transcrições das entrevistas, foram identificadas e determinadas as categorias que tinham relação com os objetivos da pesquisa, que foram analisados à luz do referencial teórico utilizado². Pode-se dizer que a credibilidade da pesquisa, se deve a um conjunto explícito de evidências analisadas com imparcialidade (YIN, 2016), pois “Um estudo válido é aquele que coletou e interpretou seus dados adequadamente, de modo que as conclusões reflitam com precisão e representem a vida real (ou o laboratório) que foi estudado” (YIN, 2016, p. 70).

Vale ressaltar que, sob o aspecto ético, foi garantido que não haveria identificação das instituições escolhidas e o sigilo quanto à identidade dos sujeitos participantes, o que não acarretou risco para seus participantes em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural (BRASIL, 2016). Observando-se, ainda, os preceitos éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016), foram tomadas as seguintes precauções visando reduzir ainda mais os riscos inerentes à pesquisa:

² O princípio metodológico da investigação dialética da realidade social é o ponto de vista da totalidade concreta que, antes de tudo, significa que cada fenômeno pode ser compreendido como um momento do todo. Um fenômeno social é um fato histórico na medida em que é examinado como momento de um determinado todo e desempenha uma função dupla: definir a si mesmo e definir o todo, ser ao mesmo tempo produtor e produto, conquistar o próprio significado e ao mesmo tempo conferir sentido a algo mais (SWEEZY, 1983). Nesse sentido, todo fenômeno social analisado (e aqui se inserem as políticas sociais) deve ser compreendido em sua múltipla causalidade, bem como em sua múltipla funcionalidade. (BOSCHETTI, 2009 p. 582).

- Registro do consentimento livre e esclarecido dos participantes;
- Garantia da confidencialidade das informações, da proteção da privacidade da identidade dos participantes, bem como da proibição da divulgação de sua imagem e/ou voz;
- Comprometimento de que as informações obtidas na pesquisa não serão utilizadas em prejuízo dos seus participantes.

Por fim, cumpre ressaltar que o presente Trabalho não tem a pretensão de esgotar a análise sobre o assunto proposto, mas apenas identificar subsídios relevantes para eventuais reflexões, servindo como ponto de partida para futuros estudos que venham a aprofundar o tema, visto que a dinâmica profissional estudada é específica, subjetiva e condicionada a determinantes espaciais e históricos.

4.3.2 Caracterização do campo de pesquisa.

Situado na região Centro-Oeste do Brasil, o Distrito Federal é a menor unidade federativa do país e não tem municípios, possui 31 Regiões Administrativas-RA e uma população aproximada de 3.040.448 habitantes segundo IBGE 2017. A região administrativa pesquisada nesse trabalho é o Guará que tem uma população urbana de aproximadamente 134.000 habitantes, segundo o PDAD de 2015 (GDF, 2015), sendo que os idosos representam 20% desse quantitativo. O mesmo documento informa que a região dispõe de ruas asfaltadas, iluminação pública, calçadas, meios-fios e redes pluviais, sendo que quase todos os domicílios são alcançados por abastecimento de água pela rede geral e pelo fornecimento de energia elétrica. Ademais, a coleta seletiva do lixo é expressiva na Região.

Conforme a Codeplan (2019), a região administrativa do Guará teve suas primeiras propostas de ocupação em 1966, mas teve início efetivamente em setembro 1967, com o primeiro nome de Setor Residencial de Industria e Abastecimento – SRIA, e com o propósito de instalar trabalhadores do Setor de Industria e Abastecimento – SIA, alguns trabalhadores em ocupações irregulares e servidores públicos. Os primeiros habitantes foram servidores da Companhia Urbanizadora da Nova Capital do Brasil – NOVACAP, que iniciou o multirão da casa própria com a construção de 800 moradias. Em 1972 foi inaugurado o Guará II e em 1973 foi criada a administração regional X, referentes ao Guará I, II e Setor de Industria e Abastecimento – SIA, posteriormente desmembrado para RA – XXIX.

O nome da região tem a origem do córrego Guará, batizado em homenagem ao Lobo Guará, que na época era uma espécie comum na região. Compõem a região administrativa do Guará as Quadras Econômicas Lúcio Costa – QELC, o Setor de Oficinas Sul – SOFS, o Setor de Garagens e Concessionárias de Veículos – SGCV, o Setor de Áreas Isoladas Sudoeste – SAISO, o Setor de Clubes e Estádios Esportivos Sul – SCEES e partes do Setor de Múltiplas Atividades Sul – SMAS.

Em 1983 foi criada a Feira Permanente do Guará, que é referência da cidade e um dos centros de comércio mais tradicionais do DF. Em 1984, foi criado um Setor de Oficinas para atender aos moradores incomodados com o barulho das oficinas que funcionavam em áreas residências. Em 1986, começou a construção das Quadras Econômicas Lúcio Costa - QELC, as margens da Estrada Parque Taguatinga – EPTG e resultado do plano “Brasília Revisitada”, e em março de 1990, o Guará II se expandiu para além do anel viário, com as quadras QE 40 a 44. A partir do ano de 1997, ocorreu a implantação da Área de Desenvolvimento Econômico – ADE da região administrativa do Guará, também conhecida como Polo de Modas, e a ocupação da QE 23, com a implantação do SESI próximo ao Parque Ecológico Guará.

A estrutura urbana da cidade é constituída de um Batalhão da Polícia Militar (4ª BPM); seis postos de segurança comunitária; uma Delegacia de Polícia Civil (4ªDP); dois subcomandos operacionais do Corpo de Bombeiros (13ª e 30ª GBM); vinte escolas públicas; uma Casa de Cultura composta de uma biblioteca pública, um Arco da Cultura e um teatro; um estádio composto por quadras poliesportivas e um teatro de arena; um kartódromo; um ginásio coberto; pistas de bicicross e skate; quarenta quadras de esporte; e 42 praças, de acordo com o Anuário do DF/2019.

A rede de saúde pública do Guará conta com um hospital regional, três centros de saúde, dois postos de saúde e um laboratório regional, e quanto à Assistência Social, possui um Centro de Referência de Assistência-CRAS, um Conselho Tutelar e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD), segundo o Governo do DF (2018).

Algumas informações extraídas do site da Secretaria de Saúde do DF possibilitam a caracterização do ambiente de trabalho do Assistente Social na área da saúde, na região administrativa do Guará:

- Requisitos para a consulta: ser morador do DF;
- Documentos necessários para cadastro na UBS: identidade e comprovante de residência;
- Prestação do serviço: presencial, com 50% das vagas agendadas e 50% de vagas abertas para as demandas consideradas emergenciais;
- Principais serviços: consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica;
- Prioridade de atendimento: gestantes e os extremos de idade também são considerados fatores de agravos à saúde. Assim, pacientes em qualquer idade gestacional, idosos e crianças com idade inferior a 6 meses têm prioridade no atendimento;
- Horário de atendimento: os dias e horários dependem da necessidade local, podendo ser de segunda-feira a sábado, com horários flexíveis, de acordo com a demanda da região.

4.3.3 Escolha dos participantes da pesquisa.

Visando atingir os objetivos propostos na presente pesquisa planejava-se realizar entrevistas com Assistentes Sociais de todas as Unidades Básicas de Saúde da região administrativa do Guará – DF. Entretanto, a partir das visitas a estas no mês de julho/2019, constatou-se que apenas duas unidades contavam com profissionais disponíveis para realizar as entrevistas. Nas demais unidades, os profissionais haviam se aposentado, estavam de férias ou de licença médica.

4.3.4 Resultados e discussão.

Antes de iniciar cada entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para os entrevistados, que leram e assinaram, manifestando concordância com seus termos. Foi questionado se haveria alguma dúvida e disseram que não.

Das duas entrevistas realizadas, pôde-se extrair o seguinte perfil dos(as) respondentes:

- Sexo: feminino;
- Média de tempo de atuação profissional de aproximadamente 26 anos;
- Formação acadêmica: uma em universidade federal, a outra em uma universidade particular, ambas em cursos presenciais;
- Idade: entre 40 e 60 anos;
- Tipo de vínculo trabalhista: estatutário;

- Jornada de trabalho: 40 horas semanais, sendo que uma das profissionais relatou que nunca ultrapassou a carga horária semanal, enquanto a outra ultrapassa ocasionalmente, mas nunca levaram trabalho para as suas residências.

Quanto ao espaço físico das UBSs para o exercício da atividade profissional do Serviço Social, foi relatado, de forma geral, que os Assistentes Sociais não possuem uma sala própria, fazem os atendimentos em uma sala multiprofissional, sem ar condicionado, a privacidade no atendimento ocorre ocasionalmente. As UBSs não fornecem material de consumo, telefone e transporte institucional. A equipe multiprofissional prevista para as UBSs estava completa e, conforme as entrevistadas, tinha uma boa inter-relação com os outros profissionais.

As repostas referentes ao conceito de saúde na visão do Serviço Social apareceram de formas um pouco diferentes entre as respondentes. Em uma das unidades de saúde, a Assistente Social mostrou-se um pouco confusa e aparentemente com um pouco de desconfiança, fugiu um pouco do assunto, falou da Constituição de 1988, citou a OMS, mas logo após pensar e repensar, falou alguns determinantes sociais da saúde, mas não foi muito clara e eloquente.

Quanto à outra Assistente Social, iniciou a resposta com o conceito pela perspectiva da OMS, enumerando dez determinantes sociais da saúde, exemplificou com a ausência de um ou de alguns desses determinantes, relatando que a pessoa pode estar em um processo de saúde/doença sem alterações, mas, que as mudanças na conjuntura social afetam esse estado de saúde e doença das pessoas, e sempre se referindo à pessoa ou idoso como cidadão de direito em termos de usuários dos serviços de saúde. Na sua fala, mostrou mais eloquência, fluidez na dicção e clareza nas palavras.

Ao falarem da importância do Serviço Social para promoção da saúde do idoso, não divergiram na perspectiva das ideias quanto à idade contida na CF 1988 e Leis complementares. Colocaram o histórico de vida da pessoa vinculado ao bem estar na velhice, o acesso aos bens e serviços, tanto públicos, quanto privados, como fatores determinantes para o desenvolvimento da autonomia física e mental desses idosos, em aspectos gerais.

A pesquisa mostrou que os desafios institucionais postos ao exercício profissional para o Serviço Social nas UBSs da RA Guarά-DF são cada vez mais diversos, porém, todas

registraram a existência de práticas democráticas, mesmo com limites, na atuação profissional. Observou-se, na pesquisa de campo, que a atuação das Assistentes Sociais mostrou-se com uma leitura crítica da realidade de cada localidade na defesa intransigente dos direitos relacionados à promoção da saúde dos idosos.

Outro desafio apontado pelas respondentes é que a saúde do idoso exige um profissional vinculado a uma formação continuada, porém uma das entrevistadas explanou, em forma de desabafo, que desde o final da gestão do último governo não está tendo nenhum tipo de curso de formação ou capacitação que promova o desenvolvimento dos profissionais da saúde daquela região.

Também relataram que não têm observado o acesso equânime dos idosos aos serviços de saúde, por mais que seja promovido o estímulo da população local na participação social nos espaços que promovem a saúde, buscando efetivar a universalidade do acesso na concepção ampliada da saúde determinada constitucionalmente e reafirmada nas legislações complementares para os idosos da região, em que todo o processo de lutas e trabalho para promover a saúde dos idosos esbarram no desmonte que tem ocorrido na saúde.

Reafirmaram que esses desafios incidem no exercício profissional e na formação continuada do profissional de Serviço Social inserido no campo da saúde, contrastando com o processo ensino/aprendizagem em relação aos demais profissionais inseridos no âmbito da interdisciplinaridade.

Evidenciaram a necessidade de inserir e aprofundar debates acerca da saúde dos idosos nas UBSs da região estudada e convergiram que nessa perspectiva de promover a saúde do idoso por meio da função pedagógica do Serviço Social, pode-se desenvolver possibilidades que fortaleçam a inter-relação entre os profissionais.

A partir da pesquisa desenvolvida nas UBSs da RA do Guará-DF foi possível verificar algumas das particularidades do trabalho dos Assistentes Sociais junto à população idosa no âmbito da atenção primária da saúde. Mesmo com todas as dificuldades postas pelo desmonte da saúde pública, atualmente, de acordo com as Assistentes Sociais entrevistadas, desenvolver trabalhos e projetos que promovam a saúde da população idosa local tem se tornado um dos grandes desafios do Serviço Social. É muito importante o desenvolvimento da autonomia

física e mental da população idosa para que eles tenham o máximo de independência e realizem suas atividades cotidianas com o mínimo de ajuda de terceiros.

Segundo as Assistentes Sociais, os idosos que procuram o Serviço Social das UBSs da RA Guará-DF, em sua maioria, encontram-se em situação de abandono pelos familiares e/ou morando sozinhos, desestimulados a buscarem autonomia física e mental. Conforme as entrevistadas, em alguns casos, esses idosos possuem autonomia financeira, têm cuidadores, porém, não têm assistência em tempo integral. Alguns já estão em estado de demência; outros são idosos com Alzheimer; alguns em situação de abandono pelos familiares e outros em situação de violência.

Segundo os relatos, o Serviço Social tem recebido muitas demandas de idosos com relações familiares extremamente fragilizadas, com membros da família usuários de álcool e outras drogas, outros em situação de desemprego na dependência financeira desses idosos e, em alguns casos, esses idosos encontram-se submetidos à violência física e psicológica dentro de casa.

Afirmaram que, em algumas demandas, conseguem acionar a rede de apoio, tal como o Serviço Social do Ministério Público, em busca de um local ou instituição de acolhimento para que esses idosos não sofram mais nenhum tipo de violência. Porém, relataram que são muitas demandas em contraposição à quantidade de recursos e das redes de apoio para viabilizar atendimento efetivos a essas demandas, e cada vez menos políticas públicas que viabilizem esse atendimento para a população em vulnerabilidade, de maneira geral.

Criticaram, direta e indiretamente, a existência de problemas de gestão e recursos mal alocados para os programas da Assistência Social, e também: a retirada de alguns programas, como o auxílio moradia; dificuldades no acesso às demandas que necessitam do Programa Bolsa Família; exclusão de várias famílias dos programas de transferência de renda do Governo Federal.

Esses problemas registrados foram apontados pelas entrevistadas como dificultadores da promoção da saúde do idoso nas UBSs, e muitas vezes inviabilizam o trabalho do Assistente Social, sendo que os atendimentos ficam apenas no campo da mediação de conflitos daqueles

que possuem familiares. Os que não têm uma rede de apoio, ficam cada vez mais em vulnerabilidade social.

Com relação ao Serviço Social da região pesquisada, os desafios e possibilidades do trabalho em equipes multiprofissionais apontados pelas Assistentes Sociais consistem na efetivação de que todos os níveis das redes de atenção à saúde sejam constituídos de equipes multiprofissionais, pois apesar de cada profissão ter um saber específico, isso não impede os profissionais de exercerem suas atribuições quanto à interdisciplinaridade no exercício profissional.

Restou evidenciado que o Serviço Social, sendo partícipe e interagindo com equipes multiprofissionais, amplia o nível de conhecimento, favorecendo atuações mais abrangentes, como por exemplo: na ausência de um dos integrantes da equipe, o Assistente Social ministrar uma palestra sobre diabetes e hipertensão, pois foi realizada uma interação prévia de conhecimentos e saberes, respeitando-se os limites das atribuições privativas de cada profissão e todos trabalhando para o alcance de um só objetivo, ou seja, promover a saúde do idoso na atenção primária. As entrevistadas complementaram que, no campo da saúde, se não houver equipe multidisciplinar, o atendimento das demandas não pode ser abordado na amplitude biopsicosocial.

Não houve registro de programas ou projetos específicos e direcionados para promoção da saúde dos idosos. Segundo os relatos, os programas existentes eram voltados à estratégia de saúde da família, desenvolvida no Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF. São grupos multiprofissionais trabalhando em linhas de cuidados específicos para: obesidade, saúde mental, coluna e ergometria, grupos de adolescentes, amamentação, planejamento familiar. Esses grupos são compostos por: Fisioterapeutas, Psicólogos, Assistentes Sociais, entre outros. A partir da dinâmica desses grupos, vão surgindo novas demandas para o Serviço Social, conforme relato.

Os desafios teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos apresentados pelas Assistentes Sociais das UBSs da Região administrativa do Guará-DF estão relacionados com questões interdisciplinares na organização dos processos de trabalho, ou seja, em estabelecer qual é o papel do Serviço Social frente às demandas apresentadas pela população idosa local. Houve um relato de que, ao tentarem operacionalizar a dimensão técnico-

operativa do Serviço Social, enfrentaram dificuldades nas perspectivas dos profissionais da medicina e enfermagem, pois relataram que os idosos, na ótica desses profissionais, são vistos apenas na perspectiva de um processo de saúde/doença. Sob o ponto de vista de uma das respondentes, o idoso é uma pessoa com direitos, tem uma cultura, uma formação, tem seus questionamentos, vontades e desejos. A sujeição desse idoso a uma conduta profissional que não leve em consideração sua história de vida, acaba eventualmente se transformando em novos desafios e demandas para os demais níveis da saúde.

Com relação aos desafios ético-políticos, relataram que são complexos, pois a RA Guará-DF tem pouca participação política nos Conselhos de Saúde. As Assistentes Sociais usam as Redes Sociais na tentativa de mobilizar a participação da comunidade local nesses espaços políticos, mas sem muito sucesso, e esse é outro grande desafio, mobilizar a comunidade local a participar dos espaços políticos da saúde. Existem diversas reclamações, mas, muito pouca participação nos espaços de atuação e luta para a população do Guará - DF. Não foram abordados diretamente pelas entrevistadas aspectos relativos aos valores e princípios concernentes ao Serviço Social, porém em suas falas de maneira ampla pode-se observar que consideram importante uma atuação profissional que se direcione para a defesa dos direitos humanos, da equidade e da justiça social.

Citaram o marxismo como base de suas formações no Serviço Social e que todo esse movimento de desmonte da saúde está ocorrendo em meio a um evidente conflito nas relações de poder que está mais explícito agora do que em governos passados, como a emergência de ideias conservadoras e discriminatórias. Acreditam que com o atual modelo de gestão das políticas públicas, tanto a população idosa, que necessita dos serviços públicos de saúde e outros benefícios assistenciais específicos, quanto aqueles em vulnerabilidade social, vão sofrer mais do que já sofriam, segundo os relatos.

Durante as entrevistas, as Assistentes Sociais relataram as demandas de alguns usuários idosos atendidos pelo Serviço Social e apresentaram um pouco da rotina técnico-operativa, falando que em alguns casos encontraram resultados através da capacidade criativa e da compreensão da realidade daqueles usuários do Serviço Social, para que a intervenção pudesse ser realizada com o máximo de eficácia possível, responsabilidade e competência profissional, mas não o suficiente para transformar a realidade daqueles idosos que eram atendidos pelo Serviço Social.

Expuseram, ainda, outras técnicas e metodologias de ação utilizadas pelos Assistentes Sociais, na promoção à saúde do idoso, tais como a mobilização, registros em prontuários eletrônicos, diários de campos, entrevistas (escuta qualificada), visitas domiciliares, visitas institucionais, acolhimentos sociais, acompanhamentos sociais, atendimentos sociais, reuniões, estudos sociais e pareceres sociais. No entanto, as UBSs da RA Guará-DF pesquisadas não contavam com serviços essenciais para execução de alguns desses instrumentais, a exemplo: serviço de transporte institucional para fazer as visitas e acompanhamentos sociais (para os quais os profissionais teriam que usar o próprio veículo).

Dessa forma, pode-se observar a precarização das condições de trabalho do Assistente Social ao ter que intervir em múltiplas demandas sem o suporte material e de pessoal devido, sendo importante enfatizar que, no contexto da pesquisa, isto vem causando sobrecarga de trabalho devido à inversa relação Assistente Social x demandas para atendimento. Nesse sentido, embora datada de 2009, a observação de Yamamoto continua atual:

Temos, por um lado, o crescimento da pressão na demanda por serviços, cada vez maior, por parte da população usuária mediante o aumento da sua pauperização. Esta se choca com a já crônica – e agora agravada – falta de verbas e recursos das instituições prestadoras de serviços sociais públicos, expressão da redução de gastos sociais recomendada pela política econômica governamental, que erige o mercado como a ‘mão invisível’ que guia a economia. Verifica-se a inviabilização de programas de trabalho, a falência dos serviços públicos nos campos da saúde, educação, habitação, etc. (IAMAMOTO, 2009 p. 160).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo principal analisar a atuação profissional do Assistente Social nas unidades básicas de saúde e a importância do Serviço Social para promoção da saúde do idoso na atenção primária e contribuir para o debate sobre esse assunto na atualidade. O estudo baseou-se na análise de bibliografias relacionadas ao tema e de entrevistas semiestruturadas com Assistentes Sociais inseridos na Atenção Primária à Saúde na Região Administrativa do Guará DF.

Partindo dos dados obtidos, constatou-se que nas unidades básicas de saúde da região administrativa do Guará-DF, o Serviço Social é uma profissão que precisa ter maior visibilidade, tanto no conjunto da formulação de projetos e programas, quanto no conjunto de execução destes, promovendo a saúde da população idosa na perspectiva da prevenção, trabalhando a função pedagógica do Serviço Social e destacando que a saúde do idoso não se resume à ausência de doenças.

Analisando as respostas das entrevistadas, percebe-se a importância do Serviço Social para o atendimento da população idosa, visto que esse profissional possibilita e desenvolve condições para ampliar a qualidade do atendimento das demandas postas às equipes multiprofissionais das UBSs da região pesquisada, a partir de uma leitura crítica e dentro da totalidade das relações sociais, tratando os idosos como cidadãos dotados de direitos e na perspectiva da defesa da dignidade da pessoa humana.

Outro aspecto importante observado vai ao encontro da necessidade de uma formação continuada em Serviço Social, para além das necessidades do mercado de trabalho, no sentido de fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social e para que o trabalho do Assistente Social tenha alcance tanto no campo da formulação das políticas públicas como no caráter executor dessas políticas de direito e dos serviços básicos de saúde pública.

A capacitação continuada e a reciclagem para atuação profissional no Serviço Social encontra previsão, inclusive, no Estatuto do Idoso (art. 3º, VI), que considera como fator inerente à priorização dos direitos dos idosos, a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços. A interação dos profissionais por meio da capacitação também promove uma renovação dos princípios ético-

políticos, na medida em que promove uma troca de experiências e de práticas adotadas por instituições e profissionais diversos.

Durante a pesquisa bibliográfica, observou-se, ainda, a necessidade de pesquisas e estudos voltados para o Serviço Social das Unidades Básicas de Saúde para que seja possível provocar e favorecer outras experiências, compartilhar e estabelecer novas estratégias de intervenção para atender as demandas da população idosa.

Constatou-se, na pesquisa de campo, que, na cena contemporânea, as políticas públicas de saúde vêm sofrendo diversos desmontes, cada vez mais com o distanciamento do Estado na promoção de políticas públicas efetivas, democráticas e universais que promovam a redução das desigualdades sociais e que atendam aos anseios daqueles que delas precisam. O trabalho do Assistente Social inserido em equipes multiprofissionais na atuação da saúde da pessoa idosa deve assumir o compromisso de dar visibilidade para essa parte da população brasileira, historicamente marcada pelo descaso do Estado quanto às políticas públicas de direito, como ressaltam Medeiros et al (2017, p. 292-293):

[...] aponta-se a necessidade de construir alternativas para uma atenção integral à saúde do idoso, que leve em conta a complexa realidade que a circunscreve, pontuando o despreparo dos serviços de saúde, em especial, no âmbito da APS, para lidar de forma adequada com essa questão. É urgente a necessidade de identificar a emergência de novos paradigmas de atenção à saúde do idoso, que apontem para uma visão holística dos indivíduos, rompendo com os modelos assistenciais centrados na doença, e que ressaltam a necessidade de preservação da funcionalidade e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos sujeitos. O que se coloca em questão, neste caso, é a própria dignidade humana, para além da doença.

Diante de todas as considerações decorrentes das entrevistas realizadas, pode-se considerar que um dos possíveis caminhos para assegurar a integralidade na prática da assistência à saúde deve partir do fortalecimento do vínculo e da cooperação entre as equipes multiprofissionais, pois disso depende tanto a efetividade da atuação profissional de cada um, quanto o sucesso das ações e projetos a serem desenvolvidos.

A partir das entrevistas, percebeu-se que as Assistentes Sociais renovaram-se na perspectiva da sua interpretação ético-política, adequando-se às exigências de cada UBS em que estão lotadas, como foi possível perceber no desenvolver das entrevistas, quando falaram em princípios e valores contidos no Código de Ética do Serviço Social, ora de forma explícita, ora de forma implícita, ou seja, pelo ideário de construção de um novo arranjo societário,

como também pelo modo de operacionalizar suas ações profissionais, em que predominou a crítica a diversos problemas institucionais que dificultam a promoção à saúde do idoso na atenção primária.

Mesmo diante de tantas dificuldades e mudanças, existem diversas questões que precisam ser reconstruídas e inseridas nas agendas profissionais dos Assistentes Sociais na atenção primária da saúde, principalmente no tratamento da inter-relação da teoria com a prática profissional, que caracteriza as intervenções profissionais de natureza crítica, pois no trato das manifestações e demandas dos idosos nas UBS da região administrativa do Guará-DF, o Serviço Social detém atribuições e competências específicas para ampliar a promoção da saúde da população idosa da região.

Iamamoto (2009) confirma que as três dimensões do Serviço Social são fundamentais e complementares entre si mas, se aprisionadas em si mesmas, transformam-se em limites observados ao longo da história do Serviço Social e se constituem em armadilhas no cenário de consolidação profissional dos Assistentes Sociais, que precisam ser identificadas e rompidas, quais sejam: o teorismo, o politicismo e o tecnicismo. Em resumo, Iamamoto (2009) afirma que:

O domínio teórico-metodológico só se completa e se atualiza ao ser frutificado pela história, pela pesquisa rigorosa das condições e relações sociais particulares em que se vive. [...] só o domínio de uma perspectiva teórico-metodológica, descolada seja de uma aproximação à realidade, do engajamento político, ou ainda de uma base técnico-operativa, ele, sozinho, não é suficiente para descobrir e imprimir novos caminhos ao trabalho profissional. Corre-se o risco de cair no teorismo estéril, uma vez que a metodologia nos fornece uma lente para leitura e explicação da realidade social, o que supõe a apropriação dessa mesma realidade.

[...] Apenas o engajamento político do cidadão profissional não é suficiente para diretamente dele derivar uma base teórica rigorosa. Aliás, é um velho ensinamento da política que embora a vivência da realidade provoque indagações para a análise, a formação de uma consciência teórica requer um trato rigoroso do conhecimento acumulado, da herança intelectual herdada. Portanto, o mero engajamento político, descolado de bases teórico-metodológicas e do instrumental operativo para a ação é insuficiente para iluminar novas perspectivas para o Serviço Social.

[...] o privilégio da eficiência técnica, se considerado isoladamente, é insuficiente para propiciar uma atuação profissional crítica e eficaz. Ao se descolar dos fundamentos teórico-metodológicos e ético políticos poderá derivar em mero tecnicismo. (IAMAMOTO, 2009, p. 53-55)

É fato que o envelhecimento populacional, embora seja um processo cercado por políticas protetivas, às vezes vem acompanhado de expressões da questão social (como abandono, maus-tratos, pobreza e outros), e se não for objeto da atuação efetiva do Estado, pode ocasionar o adoecimento dessa parcela da população. E, nesse caso, a prevenção não se

restringe à proteção integral à saúde dos idosos, mas também deve englobar políticas de assistência às famílias que possivelmente serão o suporte dessas pessoas na velhice.

Portanto, a partir da compreensão de seu compromisso ético-político, cabe ao Assistente Social, independentemente das condições de trabalho em que se encontra inserido, promover o processo de construção de uma nova ordem societária, partindo de um trabalho de informar à população em vulnerabilidade social sobre os direitos e serviços, visando a ampliação da cidadania com a defesa dos direitos referentes à proteção integral à saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN Karla Cristina – Introdução do livro Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões / Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini - Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28693.

Acesso em 14 abr. 2019.

ALENCAR, Mônica. em Serviço Social: Direitos Sociais e competências Profissionais – Brasília: CFESS/ABEPSS – O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas: CFESS e ABEPSS, p. 450-477 2009.

Anuário do DF 2014: uma ferramenta de fomento ao turismo e ao desenvolvimento do Distrito Federal / Mark Comunicação, Ano 5, nº 1, agosto 2014, Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.anuariododf.com.br/downloads/>. Acesso em: 20 jul. 2019.

ARAÚJO, Daiane Ellwanger. Análise de desempenho das redes de atenção no Sistema Único de Saúde: a importância da qualidade da informação. 2016. 206 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

BRASIL 2019, Senado Federal , Atividade Legislativa Art. 6º TÍTULO II: Das Dos Direitos e Garantias Fundamentais Capítulo II: Dos Direitos Sociais. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.12.2016/art_6_.asp. Acesso em 10 abr. 2019

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Censo Demográfico 1991 e 2000 – Pessoas de 60 anos ou mais de idade, em números absolutos e relativos. Disponível em <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE 2008, projeção da população pirâmide etária absoluta. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm. Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL 2005, Brasília-DF - World Health Organization Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Título original inglês: Active ageing: a policy framework. WHO/NMH/NPH/02.8 ISBN. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em 12 abr. 2019.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL, Estatuto do Idoso - Lei Federal nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL, Plano Nacional do Idoso-PNI - Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL RESOLUÇÃO Nº 269, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. em Serviço Social: Direitos Sociais e competências Profissionais – Brasília: CFESS/ABEPSS – Questão Social e Direitos: CFESS e ABEPSS, p. 267-285 2009.

BOSCHETTI, Ivanete, em Serviço Social: Direitos Sociais e competências Profissionais – Brasília: CFESS/ABEPSS – Avaliação de políticas, programas e projetos sociais: CFESS e ABEPSS, p. 575-592 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza, Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais, Cortez Editora 1996 p. 21.

BARROCO, Maria Lúcia Silva, em Serviço Social: Direitos Sociais e competências Profissionais – Brasília: CFESS/ABEPSS – Fundamentos éticos do Serviço Social. CFESS e ABEPSS, p. 165-184, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de - Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate, 2004 - Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional p1. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf. Acesso em 27 abr. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, Teix M, organizadores. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

Conselho Regional de Serviço Social de Santa Catarina – CRESS-SC, Santa Catarina 2013, Congresso Catarinense de Serviço Social: A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: uma reflexão sobre o município de Florianópolis. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/A-inser%C3%A7%C3%A3o-do-assistente-social-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 24 abr. 2019.

CASTRO, Manuel Marinque. História do Serviço Social na América Latina. 9ª ed. São Paulo: Cortês, 2008.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro, OLIVEIRA, Leda Maria Leal de. Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social. Textos & Contextos, v. 10, n. 1, p. 26 - 43, jan./jul. 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/ma_co/Downloads/7649-33117-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ma_co/Downloads/7649-33117-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 24 jun. 2019.

Conferência Nacional de Saúde 8ª, 1986, Brasília - Ministério da Saúde 1987 – Democracia é saúde. Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987 430p. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em 27 abr. 2019.

Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, Parâmetros para Atuação do Assistente Sociais na Política de Saúde. Brasília, 2014, p.1-79.

Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional. Colaboradores Rosa Prêdes (et al.). Brasília: CFESS, 2005.

Conselho Regional de Serviço Social 6ª Região – CRESS-MG, Minas Gerais 2011, III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais – Expressões Socioculturais da crise do capital e as implicações para a garantia dos direitos sociais e para o Serviço Social: O SERVIÇO SOCIAL E SUA IMAGEM SOCIAL: ajuda ou defesa de direitos?, Disponível em:

<http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/ec/ecd5a070-a4a6-4ba1-8e4a-81b016479890.pdf>. Acesso em 04 mai. 2019.

Conselho Federal de Serviço Social-CFESS, Brasília, 2009, 30 Anos do Congresso da Virada 1979 – 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-CongressodaVirada-Site.pdf>. Acesso em 05 mai. 2019.

Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Brasília, 2014, Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, Parâmetros para Atuação do Assistente Sociais na Política de Saúde p.1-79.

Conselho Regional de Serviço Social 6ª Região – CRESS-MG, Minas Gerais 2011, III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais – Expressões Socioculturais da crise do capital e as implicações para a garantia dos direitos sociais e para o Serviço Social: O SERVIÇO SOCIAL E SUA IMAGEM SOCIAL: ajuda ou defesa de direitos?, Disponível em: <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/ec/ecd5a070-a4a6-4ba1-8e4a-81b016479890.pdf>. Acesso em 04 mai. 2019.

Conselho Federal de Serviço Social-CFESS, Brasília, 2009, 30 Anos do Congresso da Virada 1979 – 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-CongressodaVirada-Site.pdf>. Acesso em 05 mai. 2019.

Conselho Nacional de Saúde, Brasil, 2016, Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 05 mai. 2019.

FERREIRA, Stela da Silva. NOB-RH Anotada e Comentada – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011. 144 p.

FLEURY, Sonia - SAÚDE E DEMOCRACIA - A LUTA DO CEBES - Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Câmara Brasileira do Livro, São Paulo, Brasil - Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury (organizadora). - São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Disponível em: www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3716. Acesso em 28 mai. 2019.

Governo do Distrito Federal, Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD, 2015, Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Guar%C3%A1-1.pdf>. Acesso em 15 jul. 2019.

GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 27, p. 1185-1204, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2017.v27n4/1185-1204/pt>. Acesso em: 24 jun. 2019.

GUERRA, Yolanda, em *Serviço Social: Direitos Sociais e competências Profissionais – Brasília: CFESS/ABEPSS – A dimensão investigativa no exercício profissional*. CFESS e ABEPSS, 2009, p. 701-717.

IAMAMOTO, Marilda Villela – *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional / Marilda Villela Iamamoto. – 17ª ed. São Paulo, Cortez, 2009.*

IAMAMOTO, Marilda Villela – *Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica / Marilda Villela Iamamoto, Raúl de Carvalho. – 41 ed. – São Paulo: Cortez, 2014.*

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE 2018, Agência IBGE de Notícias – PNAD CONTINUA. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 12 abr. 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

Jesus ITM, Orlandi AAS, Grazziano ES, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm.* 2017. Disponível em: file:///C:/Users/ma_co/Documents/PESSOAL/TCC%20L%C3%89O/Fragilidade%20de%20idosos%20em%20vulnerabilidade%20social.pdf. Acesso em 26 jun. 2019.

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva; JUNIOR, Elzo Pereira Pinto; BOUSQUAT, Aylene; MEDINA, Maria Guadalupe. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial 3, p. 288-295, 2017.

MERHY, Emerson E; QUEIROZ Marcos S 1993 - *Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro - Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abril/junho, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/1993.v9n2/177-184/pt>. Acesso em 08 abr. 2019.

MINAYO, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2012. Disponível em:

http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf. Acesso em: 08 jul. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso – Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. IN: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. Disponível em: http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto2-4.pdf. Acesso em 12 mai. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

OMS. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. n.1, jul. 2002. Disponível em: <https://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas. Nova Iorque, 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>. Acesso em: 23 jun. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva – Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. Realizado em Brasília, no dia 28 de março de 2001. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6168>. Acesso em 15 jul. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva – O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4>. Acesso em 02 jun. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência e saúde coletiva* [online]. 2018, vol. 23, no. 6, pp. 1723-1728. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

PEREIRA, Potyara A. P. (1998). A Saúde no Sistema de Seguridade Social Brasileiro. *Ser Social*, Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social, Brasília, UnB, n. 10, jan./jun. 1998. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7276/1/ARTIGO_SaudeSistemaSeguridade.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

Política Social e democracia / Maria Inês Souza Bravo, Potyara Amazoneida Pereira, (organizadoras). – 5. Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012 p. 221-238.

RAICHELIS, Raquel. em Serviço Social: Direitos Sociais e competências Profissionais – Brasília: CFESS/ABEPSS – O trabalho do assistente social na esfera estatal: CFESS e ABEPSS, p. 377-393 2009.

Revista Conexão Geraes nº 3 ano 2, 2º semestre de 2013 - A Dimensão Técnico-Operativa no Serviço Social – p. 1/40. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/Revista-3.pdf> Acesso em 05 mai. 2019.

RINCO, M., LOPES, A. & DOMINGUES, M.A. (2012). Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. Revista Temática Kairós Gerontologia,15(6), “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais”, pp. 79-95. Disponível em: [file:///C:/Users/ma_co/Downloads/17288-43105-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ma_co/Downloads/17288-43105-1-SM%20(1).pdf). Acesso em: 25 jun. 2019.

ROCHA, Daniele Eduardo – “VELHICE E SOCIABILIDADE: ESTUDO SOBRE O GRUPO DE CRIAÇÃO LITERÁRIA DO TSI/SESC FORTALEZA – CEARÁ” 2015; Dissertação em Educação – Universidade Federal do Ceará 2015. Disponível em: http://www.uece.br/politicasuece/dmddocuments/Daniele_Eduardo_Rocha.pdf. Acesso em 12 abr. 2019.

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. Instrumental técnico e o Serviço Social, é preciso continuar o debate!, em A Dimensão Técnico-Operativa no Serviço Social. Conselho Regional de Serviço Social 6ª Região – CRESS-MG, Revista Conexão Geraes nº 3 ano 2, 2013, p. 19-24. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/Revista-3.pdf>. Acesso em 05 mai. 2019.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos (2007). Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Ciênc. saúde coletiva [online], vol.12, n.2, pp.429-435. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200019&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 24 jun. 2019.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social, em A Dimensão Técnico-Operativa no Serviço Social. Conselho Regional de Serviço Social 6ª Região – CRESS-MG, Revista Conexão Geraes nº 3 ano 2, 2013, p. 25/30. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/Revista-3.pdf>. Acesso em 05 mai. 2019.

Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social / Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social – v. 1, n. 1 (1º semestre, 1998). Brasília, SER social UnB; 1 – Serviço Social.

SILVA, Anália Barbosa da; SILVA, Diego Tabosa da; SOUZA JUNIOR, Luiz Carlos de. O serviço social no Brasil: das origens à renovação ou o “fim” do “início”. 2016. Disponível em: <https://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/ec/ecd5a070-a4a6-4ba1-8e4a-81b016479890.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2019.

SILVA, Marta Maria, LIMA, Telma Cristiane Sasso. Serviço social e interdisciplinaridade na atenção básica à Saúde. *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 113-132, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/ma_co/Downloads/8635032-Texto%20do%20artigo-4292-1-10-20150518.pdf. Acesso em 08 jul. 2019.

SILVA, Viviane Moura da. A política de saúde no Brasil - inserção do assistente social. *Temas em Educ. e Saúde*, Araraquara, v.13, n.1, p. 93-106, jun./jun. 2017. Disponível em: file:///C:/Users/ma_co/Documents/PESSOAL/TCC%20L%C3%89O/A%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SA%C3%9ADE%20NO%20BRASIL%20%20INSER%C3%87%C3%83O%20DO%20ASSISTENTE%20SOCIAL.pdf. Acesso em 08 jul. 2019.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de 2007 - O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta - *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 911-918, 2009 - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/27.pdf>. Acesso em 02 jun. 2019.

TEIXEIRA, Joaquina Barata, BRAZ, Marcelo, em *Serviço Social: Direitos Sociais e competências Profissionais – Brasília: CFESS/ABEPSS – O projeto ético-político do Serviço Social. CFESS e ABEPSS*, p. 185-199, 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *Saúde e Serviço Social: tendências nos anos 2000. Faculdade de Serviço Social – UERJ*, 2010. Disponível em: [file:///C:/Users/ma_co/Downloads/Ana%20M%20Vasconcelos%20A%20questao%20e%20como%20priorizar%20acoes%20entre%20tantas%20demandas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ma_co/Downloads/Ana%20M%20Vasconcelos%20A%20questao%20e%20como%20priorizar%20acoes%20entre%20tantas%20demandas%20(1).pdf). Acesso em: 15 jul. 2019.

YAZBEK, M. C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do serviço social. In: *CFESS/ABEPSS. Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*, 2009. Disponível em: <http://cressrn.org.br/files/arquivos/ZxJ9du2bNS66joo4oU0y.pdf>. Acesso em 03 jul. 2019.

YAZBEK, M. C. *Serviço Social: Direitos Sociais e competências Profissionais*, em *O significado sócio-histórico da profissão. CFESS e ABEPSS*, p. 125-141, 2009.

YIN, R. K., (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso.
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para o Assistente Social

PERFIL DO ENTREVISTADO

Nome completo: _____

1. Idade: _____

2. Estado civil:

() Solteiro/a () Casado/a () União Estável () Viúvo/a () Divorciado/a () Outros

3. Instituição onde se graduou em Serviço Social:

() Pública: _____

() Privada: _____

4. Tipo da graduação:

() Presencial () EAD

5. Ano de conclusão da graduação: _____

6. Tempo de atuação profissional: _____

7. Unidade de Lotação: _____

8. Cargo/Função: _____

9. Jornada de trabalho semanal:

() 20h () 30h () 40h () Outros: _____

10. Regime de vínculo trabalhista:

() Celetista () Estatutário () Outros: _____

11. Você possui mais de um vínculo de trabalho como Assistente Social?

() Sim. Qual? _____ () Não

12. Em qual espaço físico você exerce seu trabalho?

() Sala própria () Sala Multiprofissional () Não possui espaço para o Serviço Social

13. Você possui privacidade para o atendimento?

Sempre Ocasionalmente Nunca

14. Quais os equipamentos estão disponíveis para o desenvolvimento do trabalho do Assistente Social na instituição?

Computador Internet Telefone Material de consumo Transporte Institucional
 Impressora Datashow Televisão Mesa Armário Cadeira Ar Condicionado
 Outros

15. Há quanto tempo está trabalhando como Assistente Social nessa UBS?

até 1 ano de 2 a 4 anos 5 anos ou mais

16. O volume de trabalho diário é compatível com a carga horária diária?

Sim Não.

Justifique:

17. Você ultrapassa o limite de horário do seu trabalho?

Sempre Ocasionalmente Nunca

18. Você leva trabalho para casa?

Sempre Ocasionalmente Nunca

19. A equipe de trabalho multiprofissional prevista está completa?

Sim Não Não sabe

20. Como você classifica a sua relação interpessoal com a equipe de trabalho multiprofissional?

Boa Satisfatória Ruim Péssima

QUESTÕES ABERTAS:

- 21. Fale um pouco sobre sua trajetória no âmbito da formação profissional em Serviço Social (motivações para a escolha da profissão, vivências acadêmicas e de estágio, participação em eventos científicos especialização lato senso e stricto senso, dentre outros)?**
- 22. Qual sua visão sobre os conceitos de saúde?**
- 23. Qual a importância da atenção primária para a saúde do idoso?**
- 24. Há diferença entre a atuação do trabalho do Assistente Social nos níveis de complexidade da saúde? (Se sim, quais?)**
- 25. Fale um pouco sobre o que você sabe sobre os desafios técnico-operativos, teórico-metodológicos e ético-políticos no exercício profissional do Assistente Social para promoção na saúde do Idoso em unidades básicas de saúde?**
- 26. Na sua opinião, você considera que os Assistentes Sociais em geral estão preparados profissionalmente para atuar na promoção da saúde do Idoso nas unidades básicas de saúde, ou não? Por quê?**
- 27. Fale um pouco sobre os principais instrumentais de trabalho do Assistente Social nas unidades de atenção primária em saúde, em especial no atendimento às demandas da população idosa?**
- 28. Quais as principais demandas para o Serviço Social relativas à saúde do idoso nessa unidade básica de saúde?**
- 29. Quais são as dificuldades e as possibilidades no trabalho do Assistente Social em equipe multiprofissional nessa unidade básica de saúde para promoção da saúde do idoso?**
- 30. Existem programas e/ou projetos específicos do Serviço Social nessa unidade de atenção básica à saúde que são voltados para saúde do idoso? Se sim, fale um pouco sobre?**

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você, Assistente Social, está sendo convidado(a) a participar da pesquisa para Trabalho de Conclusão Curso em graduação de Serviço Social da SER - UnB, denominada **“O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOS IDOSOS: UM ESTUDO NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO GUARÁ - DF”**, de responsabilidade de Leonardo Rodrigues Lima, graduando do curso de Serviço Social da UnB, orientado pela professora Dra. Hayeska Costa Barroso.

Os objetivos desta pesquisa são: analisar os limites e possibilidades do trabalho profissional do Assistente Social no nível de atenção básica da rede primária de saúde da Região Administrativa do Guará, dada a sua relevância do seu trabalho para a saúde do Idoso; Identificar as particularidades do trabalho do Assistente Social junto à população idosa no âmbito da saúde; Compreender os desafios institucionais do Assistente Social no campo da cultura organizacional da saúde nas Unidades Básicas de Saúde; Analisar as dimensões técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica no exercício profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais.

Assim, gostaria de consultá-la(o) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la(o). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista. É para este procedimento que você está sendo convidado(a) a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou constrangimento. Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através dos telefones: (61) 98183-8161 ou (61) 3273-0850, ou pelos e-mails: lima.lr1978@gmail.com ou lima.lr01@gmail.com.

Os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de produção da monografia de graduação, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável pela pesquisa e a outra com o entrevistado.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do pesquisador

Brasília, _____ de _____ de _____