



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

SERVIÇO SOCIAL E VELHICE: PERSPECTIVAS DO TRABALHO DO
ASSISTENTE SOCIAL NA ARTICULAÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E
ASSISTÊNCIA SOCIAL EM MANAUS

ALICE ALVES MENEZES PONCE DE LEÃO

Manaus – AM

2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

ALICE ALVES MENEZES PONCE DE LEÃO

SERVIÇO SOCIAL E VELHICE: PERSPECTIVAS DO TRABALHO DO
ASSISTENTE SOCIAL NA ARTICULAÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E
ASSISTÊNCIA SOCIAL EM MANAUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas como requisito obrigatório para o título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profª Drª Cristiane Bonfim Fernandez

Manaus – AM

2012

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Leão, Alice Alves Menezes Ponce de

L437s Serviço social e velhice: perspectivas do trabalho do assistente social na articulação entre as políticas de saúde e assistência social em Manaus / Alice Alves Menezes Ponce de Leão. - Manaus: UFAM, 2012.

136 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Universidade Federal do Amazonas, 2012.

Orientadora: Profª. Dra. Cristiane Bonfim Fernandez

1. Assistente Social 2. Emancipação Social 3. Política de Saúde I. Fernandez, Cristiane Bonfim (Orient.) II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU 364.-787.9(811.3)(043.3)

**SERVIÇO SOCIAL E VELHICE: PERSPECTIVAS DO TRABALHO DO
ASSISTENTE SOCIAL NA ARTICULAÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E
ASSISTÊNCIA SOCIAL EM MANAUS**

ALICE ALVES MENEZES PONCE DE LEÃO

Dissertação aprovada em: 04 /10 / 2012.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Cristiane Bonfim Fernandez – Presidente

Prof^a Dr^a Yoshiko Sasaki – Membro

Prof^a Dr^a Iolete Ribeiro da Silva – Membro

Manaus – AM

2012

*Ao Rei dos reis, Senhor Jesus,
À minha família, Amélia, Evandro e Anne;
À Profª Drª Cristiane Bonfim Fernandez e
A todas as colegas que fazem cotidianamente o Serviço Social brasileiro.*

AGRADECIMENTOS

Ao Rei Jesus, digno de toda honra e toda glória, pela inspiração, sustentação e motivação nesta jornada e pela oportunidade ímpar de estudar na Universidade Federal do Amazonas e, mais ainda, por ter ingressado no mestrado logo após a graduação. Porque DEle, por Ele e para Ele são todas as coisas;

Aos heróis da minha vida, meus pais, Amélia e Evandro por terem relegado seus projetos de vida para segundo plano em meu favor e por me darem todas as condições para o desenvolvimento dos meus sonhos, por acreditarem em mim e pelo apoio incondicional em todos os momentos deste processo;

À minha irmã Anne Ariadne, por ter suportado meus momentos de chatice e estresse, e pelas palavras sábias que confirmaram decisões corretas;

Ao Jucelio Nonato, pelas vibrações positivas, por me acompanhar e cuidar de mim com responsabilidade e amor durante toda a trajetória desta pesquisa. Muito obrigada! Sem você, tudo teria sido muito mais difícil;

À minha orientadora Prof^a Dr^a Cristiane Bonfim Fernandez, pela pessoa excepcional que demonstrou ser comigo desde o momento em que me aceitou como sua orientanda, por sua humildade em me ouvir e entender minhas ideias, pelo rigor científico que deu ao meu trabalho e por sua paciência, carinho e motivação, enfim, pelo presente que foi sua companhia nestes 2 anos e meio;

À minha ex-orientadora e querida mestra Prof^a Dr^a Yoshiko Sasaki, a quem dedico profunda admiração e devo grande parte da minha trajetória acadêmica porque sempre acreditou em mim e me ensinou a dar os primeiros passos na pesquisa, e também por sua humildade e presteza em sempre atender minhas solicitações;

À Prof^a Dr^a Iolete Ribeiro da Silva, pelo privilégio em tê-la presente em minha banca de qualificação e defesa de mestrado e pela delicadeza e ética com que fez suas críticas que tanto serviram para fortalecer o desenvolvimento deste trabalho;

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS, especialmente à Prof^a Dr^a Socorro Chaves, Prof^a Dr^a Iraíldes Caldas e Prof^o Dr^o Noval Benaion, exemplos de competência profissional e aulas singulares, e também ao Prof^o Dr^o Antonio Carlos Witkoski (PPGSOC), pelas ótimas reflexões despertadas na disciplina de Metodologia das Ciências Sociais, às quais consubstanciaram reflexões para esta pesquisa;

Às assistentes sociais da UBS Balbina Mestrinho, do CAIMI Dr. André Araújo, do Centro de Convivência da Família Padre Pedro Vignólia, da UBS Deodato de Miranda Leão, do CAIMI Ada Viana e do Centro de Convivência do Idoso que interromperam sua rotina de trabalho e se dispuseram gentilmente para contribuir com este estudo mediante seus depoimentos, reconhecendo a importância desta temática e me acolhendo de forma muito positiva;

À Prof^a Dr^a Roberta Ferreira Coelho de Andrade – referencial de competência, inteligência e humildade – por me oferecer gentilmente uma orientação no início deste trabalho, me ajudando a delinear os passos para esta pesquisa;

Às colegas Deborah de Jesus Cavalcante, Jane Nagaoka, Úrsula Lapa e Sandro Haoxovell, por compartilhar preocupações nas aulas do mestrado, pela solidariedade, força e conforto em momentos de dificuldades;

Ao Herbert Santana Garcia Oliveira, pelo seu caráter, maturidade e educação, mostrando-se sempre um amigo querido e solidário diante de minhas preocupações e por ter contribuído com importantes indicações de bons livros e mediatizando o contato com a Prof^a Iolete;

À Luiza de Marilac Miléo Moreira e à Socorrinha Lobato, pelo presente de suas amizades e pelo apoio, incentivo e cuidados comigo;

A muitas outras pessoas não listadas, mas que contribuíram direta e indiretamente para que todas as condições de realização deste trabalho fossem possíveis.

Não temos de nos preocupar em viver longos anos, mas em vivê-los satisfatoriamente; porque viver longo tempo depende do destino, viver o domínio de si mesmo depende da tua alma. A vida é longa quando é plena; e se faz plena quando a alma recuperou a posse de seu próprio bem e transferiu para si o domínio de si mesma.

(Sêneca, Cartas a Lucílio)

RESUMO

Esta pesquisa objetiva analisar o trabalho do Serviço Social frente às demandas dos idosos no âmbito das políticas de saúde e assistência social em Manaus, buscando desvelar a compreensão do assistente social sobre a velhice, investigar quais as ações, programas e projetos desenvolvidos pelo Serviço Social junto aos idosos nas políticas de saúde e assistência social em Manaus, verificar a forma como o assistente social relaciona a saúde e a assistência social em atenção ao paradigma da promoção em saúde e compreender como o assistente social articula a dimensão ético-política e pedagógica de seu trabalho com a busca de um envelhecimento ativo e bem-sucedido. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e aplicada (empírica), com ênfase na abordagem qualitativa, utilizando a técnica análise de enunciação, postulada por Bardin (2011), que considera a produção de palavra um processo. Utilizando a concepção de Franco (2008), as unidades de registro foram o “tema” e o “personagem”, tendo em vista que a análise se debruçou no discurso das assistentes sociais entrevistadas acerca do que entendem sobre conceitos como velhice, promoção da saúde, dimensão pedagógica de seu trabalho e projeto ético-político profissional. Os procedimentos metodológicos compreenderam três fases interligadas, sendo a primeira consistindo na revisão bibliográfica sobre as categorias centrais desta pesquisa, haja vista que é um tema incipiente no âmbito do Serviço Social; num segundo momento, foi realizada a pesquisa de campo por meio da aplicação de formulários com perguntas abertas e semiabertas a 06 assistentes sociais, que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI) e Centros de Convivência da Família e do Idoso, nas zonas norte e sul/oeste de Manaus e, a terceira fase compreendeu a sistematização e interpretação dos dados coletados, à luz da perspectiva crítico-analítica. Os resultados desta pesquisa apontaram que a velhice é um desafio que se apresenta ao Serviço Social, pois embora as profissionais compreendam a necessidade de reconhecimento, respeito e garantia dos direitos sociais à pessoa idosa, suas ações ainda mantêm-se rotineiras e pragmáticas, cuja dimensão ético-política e pedagógica de seu trabalho ainda é reduzida no âmbito da cidadania burguesa, que apenas prevê a inclusão em certas atividades e programas sem que sejam desenvolvidos processos condutores para a emancipação social, a partir da instrumentalização política para o exercício da participação social e, assim, contribuir para a construção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido, onde os idosos possam desenvolver com o máximo de autonomia e independência suas atividades diárias. A promoção em saúde é outro desafio para o Serviço Social, pois sua atuação ainda mantém fortes resquícios da prática clínica e do atendimento individual, embora a categoria *empowerment* (fortalecimento) esteja em consonância com os princípios do Projeto Ético-Político profissional, que oferece aportes para o desenvolvimento de um trabalho que vislumbre a transformação social, sendo a educação o principal mecanismo deste processo. Apontamos a necessidade de um planejamento estratégico das ações, envolvendo assessoria entre as universidades e os Conselhos de Direitos da pessoa idosa e das políticas públicas de saúde e assistência social em fóruns de discussões que possibilitem um intercâmbio de análise e construção de novas possibilidades de intervenção profissional, levando em consideração o movimento da realidade na perspectiva dialética e as potencialidades de articulação oferecidas pela rede de apoio socioassistencial na busca de uma velhice com qualidade de vida.

Palavras-chave: Trabalho do Assistente Social; Velhice; Promoção da Saúde; Emancipação Social.

ABSTRACT

This research aims to analyze the work of the Social Services meet the demands of the elderly in the policies of health and social care in Manaus, seeking to uncover the understanding of the social worker about aging, investigate the actions, programs and projects developed by the Social Work at the elderly in health policy and social welfare in Manaus, check how the social worker related health and social care in the paradigm of health promotion and understand how social workers articulates the ethical dimension of policy and pedagogical work with the search for active aging and successful. This is a literature and applied (empirical), with emphasis on the qualitative approach, using the technical analysis of enunciation, postulated by Bardin (2011), which considers the word a production process. Using the concept of Franco (2008), the registration units were the "subject" and "character" in order that the analysis of discourse leaned in social workers interviewed about how they understand concepts about aging, health promotion, pedagogical dimension of their work and professional ethical-political project. The methodological procedures contained three interrelated phases, the first consisting of a literature review on the central categories of this research, given that a theme is emerging within the Social Service; subsequently, was conducted field research through the application of forms with open questions and open-ended to 06 social workers, who work in Basic Health Units (UBS), Comprehensive Care Centers Golden Age (CAIMI) Social Centers and Family and the Elderly in the areas north and south / west of Manaus and the third phase comprised the systematization and interpretation of data collected in the light of critical and analytical perspective. The results of this research show that old age is a challenge that is presented to Social Services because although professionals understand the need for recognition, respect and guarantee of social rights for the elderly, their actions still remain routine and pragmatic, whose size ethical-political and pedagogical work is still limited within the bourgeois citizenship, which only provides for the inclusion in certain activities and programs that are developed without conductors processes for social emancipation from the political exploitation for the exercise of social participation and thus contributing to the construction of active aging and successful, where the elderly can develop with maximum autonomy and independence their daily activities. Promoting health is another challenge for Social Service, for his performance still retains strong traces of clinical practice and individual attention, although the category empowerment (empowerment) is in line with the principles of Ethical-Political Project Professional, which offers contributions for developing a work glimpse social transformation, since education the primary mechanism of this process. We point out the need for a strategic plan of action, involving universities and among the advisory boards of the Rights of the elderly and public policies for health and social care in discussion forums that enable the exchange of analysis and construction of new possibilities for professional taking into account the movement of reality on dialectical perspective and capabilities offered by the joint support of social assistance in finding a quality of life with age.

Keywords: Social Work Assistant, Elderly, Health Promotion, Social Emancipation.

LISTA DE SIGLAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
PNI – Política Nacional do Idoso
SUS – Sistema Único de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
FMI – Fundo Monetário Internacional
MS – Ministério da Saúde
ANG – Associação Nacional de Gerontologia
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
LOS – Lei Orgânica da Saúde
CF – Constituição Federal
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SUSAM – Secretaria Estadual de Saúde
SEAS – Secretaria Estadual de Assistência Social e Cidadania
UBS – Unidade Básica de Saúde
CAIMI – Centro de Atenção Integral à Melhor Idade
CCF – Centro de Convivência da Família
CCI – Centro de Convivência do Idoso
UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – De que forma o Serviço Social trabalha a Promoção da Saúde

Quadro 2 – Como a UBS, o CAIMI e o Centro de Convivência se relacionam com a Promoção da Saúde

Quadro 3 – Perfil Profissional

Quadro 4 – O que é necessário para que o idoso tenha um envelhecimento ativo e bem-sucedido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
 CAPÍTULO 1 – OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS AO SERVIÇO SOCIAL: A VELHICE EM FOCO	 18
1.1 Os rebatimentos da categoria trabalho no Serviço Social	18
1.2 O processo de amadurecimento do Serviço Social	25
1.3 O Serviço Social e os desafios no campo das políticas sociais	32
1.4 Novos desafios ao Serviço Social: a velhice em foco	36
 CAPÍTULO 2 – VELHICE: DESAFIO DO SÉCULO	 46
2.1 Discussão conceitual acerca da velhice	47
2.2 A necessidade de reorganização dos serviços de atenção à saúde do idoso	55
2.3 Os direitos dos idosos no campo da saúde e da assistência social	63
2.4 O desafio do envelhecimento ativo e bem-sucedido	65
 CAPÍTULO 3 – A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA E PEDAGÓGICA DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO EM SAÚDE NA VELHICE	 69
3.1 Concepção de saúde e a ação profissional do assistente social	69
3.2 Assistência Social: da garantia do acesso à universalização dos direitos	79
3.3 A promoção da saúde na velhice e a articulação com a assistência social em Manaus	83
3.4 O trabalho do Serviço Social com os idosos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Centro de Atenção Integral ao Idoso (CAIMIs) e Centros de Convivência de Manaus	94
3.5 O conceito de empoderamento na velhice e sua relação com a dimensão pedagógica do Serviço Social	101
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 112
 REFERÊNCIAS	 115
 APÊNDICES	 123

INTRODUÇÃO

A pesquisa: “Serviço Social e Velhice: perspectivas do trabalho do assistente social na articulação entre as políticas de saúde e assistência social em Manaus” é um tema desafiador na área do Serviço Social, primeiro devido a velhice ser uma demanda contemporânea que se apresenta à profissão, mas ainda pouco estudada em sua relação com o Serviço Social e, em segundo lugar, porque o paradigma de análise reside na promoção em saúde, o que implica romper com o modelo de atendimento centrado na prática clínica e individual que, por durante muito tempo, permeou o exercício profissional do assistente social, e além disso, busca-se novas formas de intervenção articuladas ao fortalecimento dos sujeitos sociais (*empowerment*), considerando os vários fatores que incidem sobre as condições de saúde e de vida da população, vislumbrando a construção de uma sociedade justa.

Este estudo é fruto de um processo de amadurecimento de pesquisas anteriores em nível de iniciação científica (PIBIC 2007-2009 UFAM/FAPEAM/CNPq) que analisaram as condições de saúde e a trajetória de trabalho dos idosos no âmbito da atenção primária à saúde, contando com a participação de idosos e profissionais da equipe de saúde, como médicos, enfermeiras e assistentes sociais.

Ainda que a atenção primária seja a porta de entrada da promoção em saúde, os estudos apontaram que a política de saúde não pode dar conta, sozinha, da dimensão que o paradigma da promoção em saúde porta, pois preconiza a interdisciplinaridade e a intersectorialidade das ações, uma vez que para garantir boas condições de saúde à população, é necessário, antes, proporcionar boas condições de vida, principalmente no caso dos idosos, em que a maioria das doenças que eles manifestam está intrinsecamente relacionada ao contexto de pobreza e marginalização social que sofrem no contexto da sociedade capitalista.

É nesse sentido que este estudo ousa, de forma articulada, partir da política de saúde no nível de atenção básica para a política de assistência social no âmbito da proteção social básica, uma vez que este nível é responsável pela prevenção de vulnerabilidades sociais e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, o que oportuniza a busca por um envelhecimento com qualidade de vida.

Pela dimensão social que envolve o conceito de saúde e promoção da saúde, principalmente pelo eixo central da educação em saúde com vistas ao fortalecimento dos sujeitos na tomada de consciência acerca da realidade social em que estão inseridos e a instrumentalização para a participação na vida política da sociedade, decidimos dar ênfase ao

exercício do Serviço Social, tendo em vista que a profissão possui como dimensões de seu trabalho a perspectiva ética, política e pedagógica que podem orientar-se no sentido da construção de uma sociedade emancipada, fundamentando-se nos princípios da liberdade e da justiça social.

A importância desta pesquisa fundamenta-se na necessidade de destacar as potencialidades do trabalho do Serviço Social no paradigma da promoção em saúde direcionado a contribuir para o alcance do envelhecimento ativo e bem-sucedido, no que concerne à garantia da autonomia e independência aos idosos por intermédio da participação social e política na sociedade, mediante mecanismos pedagógicos de fortalecimento/instrumentalização ética e política dos sujeitos, para que sejam protagonistas de suas próprias histórias.

Por isso, este estudo tem como objetivo central analisar o trabalho do Serviço Social frente às demandas dos idosos no âmbito das políticas de saúde e assistência social em Manaus. Para isso, procurou desvelar a compreensão das assistentes sociais entrevistadas sobre “velhice”, investigar as ações, programas e projetos desenvolvidos pelo Serviço Social junto aos idosos nas políticas de saúde e assistência social, verificar de que forma o assistente social relaciona a saúde e a assistência social em atenção ao paradigma da promoção em saúde e compreender como o assistente social articula a dimensão ético-política e pedagógica de seu trabalho com a busca de um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

As categorias centrais são *Trabalho do Serviço Social*, *Velhice*, *Promoção em Saúde e Emancipação Social*. A utilização do conceito *Trabalho do Serviço Social* é orientada no sentido teleológico que corresponde à capacidade de planejar as ações que incidirão no âmbito das relações sociais em uma perspectiva de construção de uma sociedade de homens livres, cujos princípios são respaldados no Projeto Ético-Político profissional.

A categoria *Velhice* também ganha centralidade, pois possibilita entender o fenômeno recente do envelhecimento da população e os motivos pelos quais merece ser discutido e aprofundado, que vão desde o aumento progressivo do número de idosos no universo populacional brasileiro, mas principalmente, porque o Brasil vem se preparando lentamente – haja vista que por durante muito tempo foi considerado um país de jovens – para assumir as demandas dos idosos, que se expressam por meio da grande procura pelas políticas de seguridade social, causando grande ônus para o Estado. Além disso, urge também a necessidade de ressignificar a velhice para viver com o máximo de qualidade de vida nessa fase do desenvolvimento humano.

A política de Saúde é entendida de forma ampla, portanto, para além da garantia do bem-estar físico. Leva em consideração que para garantir boas condições de saúde à população, é necessário observar fatores de ordem cultural, psicológica, social e econômica que incidem diretamente sobre as condições de vida dos sujeitos sociais. Os estudos de Litvoc e Brito (2004) apontam que a maioria dos problemas de saúde que os idosos apresentam estão diretamente relacionados com a situação de pobreza e marginalização social.

É no intuito de possibilitar a extensão da cobertura em atenção ao paradigma da promoção em saúde, que a política de Assistência Social, no nível de proteção social básica, pode oferecer um enfoque de totalidade, à medida que preconiza a prevenção de situação de vulnerabilidade social e o fortalecimento dos laços familiares, uma vez que a família constitui-se como a esfera principal protetiva nas políticas públicas.

A *Promoção em Saúde*, abrangendo a articulação entre a política de saúde e de assistência social, sela o compromisso da preocupação com o ser humano, enquanto ser social capaz de ser protagonista da melhoria de suas condições de vida e de saúde, podendo, assim, construir processos de democracia local a partir da identificação de interesses coletivos que, em longo prazo, podem contribuir para a construção de uma nova sociabilidade.

O termo *Emancipação Social* está diretamente relacionado ao eixo da educação em saúde presente no conceito de promoção da saúde. Embora a emancipação social seja insustentavelmente incongruente nos marcos da sociedade capitalista, o exercício de práticas democráticas de participação social e política em espaços como fóruns e Conselhos de Direitos pode ser oportuno para a construção de uma sociedade emancipada, desde que represente os reais interesses da população e que esta possa participar de forma ativa do processo de tomada de decisões a respeito das questões que lhes dizem respeito.

Como o paradigma de análise utilizado nesta pesquisa é a promoção em saúde, de acordo com a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, a atenção básica, desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), deve ser responsável por desenvolver ações de promoção da saúde, sendo considerada a porta de entrada da rede socioassistencial, onde deve resolver 85% dos agravos, por atuar nas esferas de promoção e prevenção.

Além da atenção básica de saúde, desenvolvida nas UBSs e sob a administração do município através da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), a saúde do idoso em Manaus conta ainda com os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI), de responsabilidade do Estado através da Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM) que, apesar de

classificados como média complexidade, pois oferecem algumas especialidades que a UBS não dispõe (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, cardiologista, oftalmologista, dentre outros), realizam também algumas atividades de caráter da atenção básica, mas com o diferencial do público ser exclusivamente de idosos, enquanto nas UBSs, o atendimento vai desde a puericultura até a velhice.

Os Centros de Convivência, por sua vez, de responsabilidade da Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS), tem como proposta oferecer atividades assistenciais que também contribuem para a melhoria das condições de saúde da população por meio da oferta de atividades esportivas e de socialização, geração de renda e educação para o exercício da cidadania.

Considerando o conceito de promoção em saúde, que pressupõe a união dos serviços de saúde com os serviços assistenciais (SCHRAIBER, 2000), esta pesquisa busca realizar a interlocução da política de saúde no âmbito da atenção básica, por meio da UBS e do CAIMI, com a política de assistência social no nível da proteção social básica, utilizando como lócus os Centros de Convivência, respeitando as particularidades de cada esfera de atenção.

Assim, foram escolhidas 06 instituições, sendo 02 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 02 Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI) e 02 Centros de Convivência, sendo um da Família e o outro do Idoso.

Os sujeitos da pesquisa são 06 assistentes sociais, sendo uma de cada instituição onde foi realizada a pesquisa. O critério de escolha das profissionais entrevistadas baseou-se em quem atende na maior parte das vezes o público idoso, no caso das UBSs e do Centro de Convivência da Família ou que realiza algum tipo de trabalho ou desenvolve algum projeto junto a este segmento.

Estes lócus foram delimitados em duas zonas da cidade de Manaus que apresentam proximidade entre estas instituições e que, segundo o IBGE (2006), concentra o maior quantitativo de idosos por ser a zona mais antiga da cidade (Zona Sul) e a outra que encontra-se em progressivo crescimento populacional e é a terceira maior em número de idosos (Zona Norte).

Tendo como critério a seleção de unidades dentro de um mesmo território de abrangência, foi escolhido na Zona Norte a UBS Balbina Mestrinho, o CAIMI Dr. André Araújo e o Centro de Convivência da Família Padre Pedro Vignólia, todos situados no bairro da Cidade Nova. Na Zona Sul, foi selecionado a UBS Deodato de Miranda Leão (bairro da Glória), o CAIMI Ada Viana (no bairro Compensa, Zona Oeste, em razão da proximidade

com as outras instituições pesquisadas na Zona Sul) e o Centro de Convivência do Idoso (bairro da Aparecida).

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e aplicada (empírica), com ênfase na abordagem qualitativa, utilizando a técnica análise de enunciação, postulada por Bardin (2011), que considera a produção de palavra um processo, no qual é elaborado um sentido e são operadas transformações, com todas as contradições, incoerências e imperfeições que permeiam a elaboração do discurso. No discurso, são impressas opiniões, atitudes e representações.

Nesse sentido, a partir de Franco (2008), as unidades de registro foram o “Tema”, que serviu para analisar os significados que os sujeitos entrevistados atribuem a determinados conceitos, como velhice, projeto ético-político, saúde, promoção da saúde, dentre outros, e o “Personagem”, uma vez que a análise foi centralizada no discurso das assistentes sociais a respeito dos temas versados, o que oferece uma caracterização própria indispensável para a contextualização dos dados.

A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de formulários com perguntas abertas e semi-abertas, utilizando o recurso do gravador para o registro dos discursos e a posterior transcrição e análise.

Este trabalho está organizado em três capítulos contínuos e articulados entre si. O *Capítulo 1 – Os desafios contemporâneos ao Serviço Social: a velhice em foco* aborda a responsabilidade do Serviço Social enquanto profissão comprometida com a concretização dos direitos sociais, oferecendo uma análise da leitura das políticas sociais, instrumento de trabalho do assistente social, de forma estratégica como recursos potencializadores de atendimento às necessidades humanas e sociais.

A velhice é apresentada como um desafio contemporâneo à profissão, demandando a construção de respostas que possam contribuir para a construção de uma velhice ativa e bem-sucedida.

O *Capítulo 2 – Velhice: desafio do século* refere-se à problematização da velhice, como condição humana desencadeada pelas mudanças na pirâmide etária e pelos avanços da medicina que contribuíram para a diminuição do risco de adoecer e morrer.

Salientamos a questão da saúde, em razão da associação comum entre velhice, doença e morte e, também, pela constatação de que os agravos de saúde que acometem os idosos serão os responsáveis pela maior causa de mortes a partir de 2025. Mas, não se trata apenas de prevenção clínica e adoção de estilos de vida saudáveis, atualmente em moda. Implica a

necessidade de reorganização das políticas públicas de modo a reduzir as desigualdades sociais, pois são os fatores principais que afetam diretamente as condições de saúde da população.

O *Capítulo 3 – A dimensão ético-política e pedagógica do trabalho do assistente social no âmbito da promoção em saúde na velhice* discute a articulação entre as políticas de saúde e de assistência social em atenção ao paradigma da promoção em saúde, conjugando as dimensões ética, política e pedagógica do trabalho do assistente social aos interesses das classes subalternas, construindo estratégias de instrumentalização para o exercício da participação social, no intuito de que os idosos possam ter o máximo de independência e autonomia em suas decisões e administração de suas próprias vidas.

As considerações finais retratam a importância de aprofundamento desta temática, tendo em vista que a velhice e a promoção da saúde são dois temas contemporâneos, estudados ainda de forma incipiente, e os avanços do Serviço Social na área da saúde continuam tímidos, embora fundamentalmente necessários porque a profissão é capaz de atuar sobre as diferentes nuances da questão social que influem diretamente sobre as condições de saúde dos idosos, contribuindo para o alcance de sua autonomia e independência.

CAPÍTULO 1 – OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS AO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL: A VELHICE EM FOCO

Os rebatimentos da categoria “trabalho” sobre o Serviço Social orientam a profissão em uma dimensão teleológica de forma que o planejamento da intervenção profissional possa incidir no âmbito das relações sociais objetivando a transformação das condições de opressão, subalternização e exploração em que vive a maioria dos usuários demandantes do Serviço Social.

O Projeto Ético-Político oferece respaldo para a intervenção profissional por meio das diretrizes norteadoras fundamentadas nos princípios da liberdade, democracia, justiça social, eliminação de todas as formas de preconceito, qualidade dos serviços prestados à população, universalização do acesso aos programas e políticas sociais/públicas, dentre outras, que contribuem para a construção de uma nova sociabilidade mais justa.

Sendo as políticas sociais mecanismos afiançadores de direitos sociais e maior campo de absorção dos assistentes sociais, constituem-se como instrumentos potencializadores de satisfação de necessidades humanas e sociais e também funcionam como espaços de participação social e política para o exercício da democracia.

Os assistentes sociais devem estar preparados para os novos desafios que se apresentam ao Serviço Social, como a velhice. A busca pelo envelhecimento ativo e bem-sucedido implica a mudança de cultura a favor do respeito aos direitos dos idosos e garantia de condições para que seja possível viver essa fase da vida com o máximo de autonomia e independência.

1.1 Os rebatimentos da categoria trabalho no Serviço Social

Muito se discute a respeito da polêmica do Serviço Social ser ou não considerado trabalho. Há uma linha divisora de opiniões entre os que acreditam que o Serviço Social é trabalho e possui processos de trabalho e os que advogam que o Serviço Social não é trabalho, devido a profissão inscrever-se nos processos de organização do trabalho e não na produção de bens materiais.

Iamamoto (2007), Lessa (2006) e Holanda (2002) polarizam o debate utilizando as ideias de Marx e Lukács. Os autores desenvolvem suas análises tomando por um lado a funcionalidade do Serviço Social na sociedade capitalista, razão de sua existência, e por outro,

a identidade da profissão vinculada aos interesses das classes subalternas, sobretudo a partir do final da década de 1970 com a retomada do Movimento de Reconceituação após o fim da ditadura militar, cujos avanços direcionam a profissão na busca da construção de um projeto societário contra-hegemônico.

Na defesa da tese de que o Serviço Social é trabalho e possui processos de trabalho, Iamamoto (2007) faz uma distinção entre trabalho e prática profissional. Ao pensar o Serviço Social como *trabalho*, a definição orienta-se por uma dimensão teleológica, entendida como uma atividade que possui uma finalidade (*práxis*), enquanto que ao considerar o Serviço Social como *prática*, o sentido é redimensionado a partir de uma dimensão utilitarista da profissão.

Tomando por base esta definição, se caracterizarmos o Serviço Social enquanto *prática*, em sua dimensão utilitarista, afirmamos que houve apenas uma evolução das etapas da profissão desde sua gênese no âmbito da igreja, através das práticas filantrópicas, da caridade, da benemerência, até chegar à profissionalização da assistência social (MONTAÑO, 2007).

Nesse ponto de vista, a análise da profissão é reduzida à perspectiva endogenista, que considera as transformações que se processaram no Serviço Social somente no seu automovimento interior e despreza o vínculo das influências que a conjuntura socioeconômica e política da sociedade incide sobre a profissão.

Aqui não aparece uma *análise do contexto social, econômico e político* como determinante ou condicionante do processo de criação desta profissão; apenas, na melhor das hipóteses, situa-se historicamente este fenômeno sem que ele redunde em uma análise exógena, estrutural, do surgimento do Serviço Social. Não se analisa a história das classes fundamentais como substrato no qual se elaboram projetos de sociedade antagônicos, o que permite ver o vínculo da nossa profissão, como de tantas outras, ao predomínio hegemônico de uma delas, a alta burguesia. Não se analisa o Estado como instrumento do referido projeto de classe, mas apenas o concebe como o campo privilegiado de emprego desses profissionais. [...] Não se considera o papel que o Serviço Social representa na ordem social. Ele não cumpre, nesta perspectiva, uma função sócio-econômica e política dentro desta ordem; sua tarefa só é considerada autonomamente, na prestação de serviços a pessoas, grupos, comunidades particulares (MONTAÑO, 2007, p. 28-29).

Segundo Netto (2005), o desenvolvimento capitalista alcança seu patamar mais alto na fase monopólica. As contradições inerentes à ordem social burguesa que aprofundam as desigualdades sociais – a exploração da força de trabalho, principalmente pela incorporação

das inovações tecnológicas no processo produtivo, que resultam no aumento da miséria e da fome -, são assumidas como responsabilidades do Estado, que se torna o guardião da reprodução do capital e responsável pela manutenção da ordem vigente.

A intervenção do Estado sobre as desigualdades sociais produzidas inevitavelmente pelo desenvolvimento capitalista demanda a necessidade de recrutamento de novos profissionais, *agentes técnicos especializados, que se inserem em espaços que ampliam e complexificam a divisão social e técnica do trabalho* (p. 80), como os assistentes sociais.

O Serviço Social caracteriza-se como uma profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho que contribui para a reprodução das relações sociais. Essas relações sociais são permeadas por conflitos provenientes das contradições entre capital *versus* trabalho, que desencadeiam um conjunto de desigualdades sociais que se fragmentam em variadas mazelas, resultantes do processo de dominação e exploração inerentes à sociedade capitalista madura.

A eleição da categoria *trabalho* para classificar o Serviço Social não se dá por acaso. Iamamoto (2007) partilha do mesmo entendimento de Marx, para quem o trabalho é a categoria fundante no mundo dos homens. É a única atividade capaz de operar mudança sobre o objeto o qual incide a ação.

Ao mesmo tempo em que o homem transforma a natureza por meio do trabalho em busca de satisfação de suas necessidades materiais, também modifica sua própria consciência, pois permite descobrir novas capacidades humanas.

Isso porque o trabalho porta uma dimensão teleológica que diferencia o homem do animal. O homem, enquanto ser racional é dotado de uma consciência capaz de planejar antecipadamente seu intento e buscar os meios necessários para o alcance de determinada finalidade.

No momento em que o Serviço Social procura romper com a visão endógena de olhar para si e passa a perceber os rebatimentos do movimento da realidade sobre a profissão, busca afinar seu exercício profissional com o compromisso de uma nova direção para a sociedade em favor dos interesses das classes subalternas.

Nos anos 1980, os assistentes sociais se dão conta da importância de considerar as relações de poder das instituições, as políticas sociais e os movimentos sociais. Até então, o que estava no centro da análise era a *prática do Serviço Social*, geralmente referida à atividade do assistente social, e só em torno disso a dinâmica institucional, as políticas sociais e os movimentos sociais (IAMAMOTO, 2007).

Nessa percepção, a questão social passou a ser privilegiada no currículo de formação profissional, entendida não só como desigualdade entre pobres e ricos, mas devendo ser desvendada em sua gênese para que fosse possível apreender os processos desencadeados pelas relações de poder *que são o verso da violência, da pauperização e das formas de discriminação ou exclusões sociais* (op. cit., p. 59).

A conjuntura da década de 1980 no Brasil se constituiu como campo fértil para repensar a profissão nos marcos da sociedade capitalista, pois foi um período em que houve a eclosão dos movimentos sociais na luta por direitos. É nesse compasso que os assistentes sociais retomam o debate do Movimento de Reconceituação, abortado na ditadura militar, e as críticas a respeito das bases tradicionalistas e conservadoras da profissão, que atribuía ao assistente social unicamente o papel de executor terminal das políticas sociais.

Inspirado nas ideias marxistas, o debate no interior do Serviço Social favoreceu a leitura da realidade a partir da visão histórico-crítica dos processos sociais desencadeados pelo padrão de acumulação capitalista e o questionamento no interior da categoria sobre a vinculação histórica da profissão com os interesses do bloco dominante. Inseridos nesse contexto, os assistentes sociais começam a desenvolver intenso processo de discussão na busca de um novo perfil profissional e de uma nova identidade com as classes trabalhadoras (SILVA, 2009).

Em meio a este processo de revisão crítica, Iamamoto (2007) considera que, assim como o trabalho, o Serviço Social possui uma matéria-prima que é o objeto sobre o qual incide a ação, os meios, que são instrumentos que servem para realizar determinada atividade, e a finalidade que resulta em um produto.

A questão social, em suas múltiplas expressões – como a criança e o adolescente, a violência contra a mulher, o idoso, dentre outras – é o objeto de trabalho ou a matéria-prima do trabalho do assistente social, à qual impulsiona um processo de mudança, que se dá inicialmente mediante o conhecimento da realidade, condição *sine qua non* para uma orientar uma ação transformadora.

O assistente social utiliza como seu meio de trabalho o conhecimento e um arsenal de técnicas, como entrevistas, reuniões, encaminhamentos, laudos, pareceres, relatórios, dentre outros recursos. Ao conjunto conhecimento e arsenal de técnicas, dá-se o nome de instrumentais técnico-operativos (GUERRA, 2006; MARTINELLI & KOUMROUYAN, 1994; PRATES, 1995).

Os instrumentais técnico-operativos são os meios utilizados pelo assistente social que servem tanto para facilitar a compreensão do fragmento da realidade que se apresenta ora como o objeto de sua intervenção quanto para operacionalizar sua ação, possibilitando conduzir com maior clareza e imprimir novos rumos ao seu exercício profissional.

A finalidade do trabalho do Serviço Social apresenta estrutura dinâmica que sofre variações ao longo do processo de maturidade no bojo da profissão. Essas variações vinculam o projeto profissional a um projeto societário macroscópico que é necessariamente um projeto de classe.

Os projetos de classe apresentam estruturas flexíveis e cambiantes, *incorporam novas demandas e aspirações, transformam-se e se renovam conforme as conjunturas históricas e políticas* (NETTO, 2007, p. 143). O Código de Ética de 1993 indica rumos para a consolidação do Projeto Ético-Político profissional, que prima pelos valores da liberdade, da democracia e da justiça social como fundamentos para a construção de uma nova sociabilidade sem dominação nem exploração e abolição a todas as formas de preconceito, ou seja, a favor de uma sociedade mais justa e igualitária para todos.

Por outro lado, Lessa (2006) argumenta que o Serviço Social não é trabalho pelo fato de que a profissão não transforma a natureza nos bens necessários à reprodução social. *Não cumpre ele a função mediadora entre os homens e a natureza; pelo contrário, atua nas relações puramente sociais, nas relações entre os homens* (p. 18).

Para o autor, somente o trabalho é capaz de transformar a natureza nos bens necessários que os homens necessitam para existir, como comer e se vestir. Todas as outras atividades cumprem a função de atuarem, seja direta ou indiretamente, na organização dos homens para a realização do trabalho necessário à reprodução social.

O Direito, a religião, a ética, a moral – mas também as técnicas de gerenciamento da produção, de recursos humanos, de propaganda e marketing, de engenharia da produção etc. – são todos complexos sociais que moldam os atos dos indivíduos no sentido necessário à reprodução social (op. cit., p. 19).

Esses complexos sociais podem ou não existir, porque eles organizam os homens para a produção, mas não objetivam esta produção. Há uma diferença ontológica fundamental entre organizar a vida social para tornar possível a produção e produzir os bens materiais. *Se os juristas fizerem as leis, o engenheiro planejar o produto, o padre rezar sua missa, o*

gerente “gerenciar” seu espaço e o trabalhador não transformar a natureza, a produção dos bens materiais não ocorrerá e a reprodução social estará impossibilitada (p. 20).

Holanda (2002) concorda com este argumento ao afirmar que parte da categoria que considera o Serviço Social como trabalho se dá pelo fato da profissão estar inserida em um processo de trabalho, dentro da divisão social e técnica do trabalho como uma das especializações do trabalho coletivo.

Sendo o trabalho categoria fundante, todos os demais complexos constitutivos desta esfera são complexos fundados. *A inserção do Serviço Social no contexto da divisão social do trabalho como uma das especializações requisitadas pelo desenvolvimento do capital não parece ser argumento suficiente para afirmar ser o Serviço Social trabalho* (p. 21).

Ainda que o Serviço Social, inserido em uma empresa capitalista, contribua indiretamente para o processo de formação de valor excedente, sua ação não é considerada como trabalho produtivo. A ação dos assistentes sociais recai sobre *as políticas utilizadas para gerir o trabalho, e não diretamente sobre o trabalho* (p. 23).

Tanto Lessa (2006) quanto Holanda (2002), a partir da leitura de Marx, afirmam que o trabalho só apresenta sentido quando resulta em bens materiais que apresentam valores de uso e de troca, portanto quando é produtivo.

Toda ação que não resulta em produtos materiais não se qualifica, portanto, como trabalho. *Só é produtivo aquele trabalho – e só é trabalhador produtivo aquele que emprega a força de trabalho – que diretamente produza mais-valia* (Marx *apud* HOLANDA, 2002, p. 24).

Sem pretensão de defender qualquer uma das duas posições a respeito do Serviço Social ser ou não considerado trabalho – até porque independentemente disso, a profissão possui uma razão de existir na sociedade e um projeto profissional construído pela categoria nas últimas décadas que se orienta a favor dos interesses das classes subalternas –, o que interessa é destacar que as análises realizadas até aqui se detêm à posição teleológica primária a que Marx e Lukács fazem alusão, que concerne ao entendimento de que o trabalho é a atividade humana que medeia a relação entre o homem e a natureza em busca da satisfação de necessidades materiais.

Souza (2008) observa que além da posição teleológica primária, considerada como a mais elementar, *o ser social traz consigo também outros complexos mais desenvolvidos, necessários do mesmo modo que o trabalho para dar prosseguimento à sua vida* (p. 42). A este outro complexo, dá-se o nome de posição teleológica secundária.

Segundo a autora, a partir dos estudos de Lukács, as posições teleológicas secundárias são fundadas a partir da posição teleológica primária, mas nada tem a ver com a transformação direta de um objeto da natureza, mas sim no convencimento de outros indivíduos a realizar tal ato.

Para Holanda (2002), é justamente essa a função do Serviço Social, que se baseia na promoção de *atividades que garantam a manutenção da força de trabalho nas condições exigidas pelo grande capital* (p. 22), tendo em vista que, na leitura de Marx, o processo de trabalho se encontra fundamentalmente aplicado à natureza industrial.

Mesmo em tempos de reestruturação produtiva quando se assiste a significativas mudanças na organização do processo produtivo, a função do Serviço Social (independente do que pensam seus agentes) continua a mesma, embora com uma nova feição. Ou seja, trata-se de uma profissão cuja particularidade consiste em controlar os conflitos originários das contradições entre capital e o trabalho. O momento predominante de suas ações será sempre determinado não pelas posições do trabalho, mas por posições que tentam desencadear nos trabalhadores inseridos na produção, comportamentos adequados à potencialização do trabalho de maneira que a um menor *quantum* de trabalho corresponda a um maior *quantum* de valor de uso. E, certamente de mais-valia (HOLANDA, 2002, p. 22-23).

Como as posições teleológicas secundárias realizam-se no âmbito da reprodução social, seu objeto recai sobre a consciência de outros homens *para induzi-los a posições teleológicas desejadas* (p. 14). Sua finalidade, então, se orienta para a transformação dos homens e, portanto, das relações sociais, cujo conteúdo é um dever-ser.

Esse dever-ser porta uma dimensão ética e política, pois as ações profissionais podem contribuir para a legitimação do sistema capitalista, por meio da docilização do trabalhador ou orientar-se por uma perspectiva de transformação social.

Para Santos (2009), a preocupação de Lukács está voltada para a importância de discutir os problemas éticos que permeiam a vida humana. Tal reflexão se encontra diretamente vinculada a uma ética do ponto de vista marxista que *pode estabelecer de maneira precisa o processo evolutivo do ser social para planejar quais devem ser as ações necessárias e as respostas promotoras da emancipação do ser humano* (p. 14).

Acreditamos que, a partir desse ponto de vista, os debates da categoria trabalho refletem sobre o Serviço Social através das posições teleológicas secundárias, que sinalizam para a possibilidade de transformação das relações sociais.

O processo de amadurecimento contínuo que a profissão vem trilhando nas últimas décadas – especialmente com a retomada do Movimento de Reconceituação na década de

1970 – faculta ao profissional a construção de estratégias de enfrentamento às mazelas sociais às quais se depara em seu cotidiano de trabalho, respaldando-se nos princípios da liberdade e justiça social contidos em seu Código de Ética (1993).

A postura de indignação com esta realidade opressora e os avanços obtidos do ponto vista ético e político possibilitam que os profissionais redesenhem cotidianamente seu exercício na busca da efetivação dos direitos sociais por meio do fortalecimento dos sujeitos, objetivando com isso o alcance da autonomia e independência. É nesse constructo cotidiano que é possível vislumbrar uma sociedade de homens livres.

1.2 O processo de amadurecimento do Serviço Social

Para entender as críticas e os questionamentos processados no interior do Serviço Social, é necessário contextualizar o Movimento de Reconceituação dentro de um panorama social, econômico e político de caráter mundial.

Segundo Netto (2005), o Movimento de Reconceituação do Serviço Social é um processo de questionamento por parte dos assistentes sociais às bases tradicionalistas e conservadoras que historicamente marcaram a profissão. Este Movimento ganha destaque em 1965, mas se iniciou na década de 1960 na América Latina, mantendo sua transividade até os dias atuais.

A conjuntura social, política e econômica da década de 1960 sinalizava para o esgotamento do modelo de Estado de Bem-Estar Social europeu e a insuficiência do padrão de produção fordista-taylorista, que correspondia a uma produção em série, sob um menor tempo possível, para um consumo em massa (ANTUNES, 2008).

Este clima de crise do padrão de produção capitalista e a insegurança gerada pela quebra do modelo de proteção social favoreceu a mobilização da classe trabalhadora em defesa de seus direitos a favor da desaceleração do crescimento econômico sem limites de exploração e o reordenamento das políticas sociais estatais.

É neste momento também que surge na cena sociopolítica movimentos sociais de mulheres, negros, ativistas em busca da preservação do meio ambiente, dentre outros, que se reconheceram como segmentos excluídos da sociedade, passando a reivindicar atenção do poder público sobre suas causas específicas (NETTO, 2005).

Segundo Netto (2005), é em meio a este cenário internacional permeado pela transição para o modelo de produção japonês toyotista – produção enxuta e diversidade de produtos –, a

falência das políticas sociais do *Welfare State* europeu, do surgimento de novos sujeitos políticos na arena social e o temor a uma possível ameaça comunista como aconteceu em Cuba, que os assistentes sociais passaram a indagar *sobre a eficácia das ações profissionais, a pertinência de seus fundamentos pretensamente teóricos e o relacionamento da profissão com os novos protagonistas que surgiam na cena político-social* (p. 09).

Para o autor, a eficácia da intervenção profissional foi negada em seus próprios resultados e fundamentos. Primeiramente se partiu da necessidade de revisão crítica das ciências sociais, em especial, a sociologia e a psicologia, que operava como a fundamentação científica do Serviço Social, logo após o questionamento às fortes raízes da profissão vinculadas à Igreja e, por último, as críticas realizadas pelo movimento estudantil a respeito do exercício profissional nas instituições empregadoras.

Além de fomentar o processo de revisão crítica do Serviço Social, os profissionais envolvidos no Movimento de Reconceituação também estavam dispostos a se unir para contribuir com as mudanças para superar o quadro de subdesenvolvimento dos países da América Latina no quadro dos anos 1960.

Netto (2005) explicita que neste primeiro momento do Movimento de Reconceituação na década de 1960, dois grandes grupos se formaram no seu interior, o que demonstra que não havia um bloco monolítico de ideias, embora todos concordassem que a grande proposta do Movimento de Reconceituação estava voltada para o processo de revisão crítica das bases conservadoras do Serviço Social.

O primeiro grupo apostava numa espécie de *aggiornamento* (atualização) da profissão, capaz de modernizá-la de acordo com as demandas macrosociais dos movimentos sociais que estavam eclodindo no cenário internacional, mas também vinculando a profissão às propostas desenvolvimentistas para acelerar o crescimento econômico no país.

A segunda frente renovadora, liderada por setores jovens e radicais inseridos nas universidades, difundiam a necessidade de ruptura com o passado profissional, de modo a construir projetos de ultrapassagem das estruturas sociais de dominação e exploração. Acreditava-se que as instituições empregadoras dos profissionais eram mecanismos de reprodução da ideologia burguesa e, por isso, balizavam um exercício profissional comprometido com os interesses do público atendido.

O autor defende ainda que o Movimento de Reconceituação não pôde ser aprofundando no Brasil e nem nos demais países da América Latina nos primeiros anos de 1960, pois as ditaduras patrocinadas pelos Estados Unidos – no intuito de combater as ideias

revolucionárias de ordem marxista que faziam alusão à revolução comunista, como já disseminada em Cuba – combateram todas as alternativas democráticas, reformistas e revolucionárias que estavam latentes nestes países, congelando de forma brutal o processo de Reconceituação.

Neste primeiro momento, ainda que de forma incipiente, Netto (2005) destaca que o Movimento de Reconceituação apresentou quatro conquistas fundamentais:

1. Articulação de uma nova concepção latino-americana – reconhece a necessidade de articulação entre os assistentes sociais da América Latina para discutirem as problemáticas comuns à formação social, econômica e política desses países, na busca de ruptura com a tutela confessional e desligamento da orientação do Serviço Social americano;
2. Explicitação da dimensão política da ação profissional – o tradicionalismo profissional que marcara historicamente o Serviço Social estava em consonância aos interesses da classe burguesa. A Reconceituação propiciou o debate no sentido de desocultar as estruturas sociais, buscando uma aproximação com os movimentos de esquerda;
3. Interlocução crítica com as ciências sociais – a Reconceituação lançou as bases para uma nova relação do Serviço Social com as ciências sociais, principalmente abrindo espaços para a aproximação com a teoria marxista, mas também sintonizando a profissão com as tendências do pensamento social contemporâneo;
4. Inauguração do pluralismo profissional – buscou a ruptura com o monolitismo de ideias, que implicava uma homogeneidade de visões e de práticas para a *abertura a diferentes concepções acerca da natureza, do objeto, das funções, dos objetivos e das práticas do Serviço Social, inclusive como resultado do recurso a diversificadas matrizes teórico-metodológicas* (p. 12).

Paralelamente a estas conquistas, foram sinalizados também alguns equívocos e descaminhos:

1. Ativismo político e militantismo – a denúncia do conservadorismo demonstrava a falta de um posicionamento político às ações profissionais. As teorias marxistas, ao permearem o debate do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, foram deslocadas para o sentido da revolução. Daí, as fronteiras entre a profissão e o militantismo foram obscurecidas, transfigurando o exercício profissional para um ofício heróico e/ou messiânico;
2. Recusa às teorias importadas – a necessidade de elaboração de uma produção teórica com a face latino-americana, presumidamente mais adequada às particularidades

histórico-sociais destes países, resultou no desprezo às teorias importadas, entendidas como descontextualizadas para a análise dos problemas locais;

3. Confusionismo ideológico – os fortes traços da Igreja arraigados historicamente à profissão mesclaram-se com os valores de esquerda, trazidos com a Reconceituação, sintetizando teorias que advogavam a paz mundial, a harmonia do mundo com outras teorias revolucionárias comunistas, engendrando a eclética mistura de *Camilo Torres, Guevara e Paulo Freire com Louis Althusser e Mao Tse-Tung* (p. 13).

Embora abortado nos anos em que a ditadura militar se fez vigente, o Movimento de Reconceituação permaneceu como um capítulo inconcluso, sendo reestabelecido logo após a derrocada do regime militar. É a partir dos anos 1980, na conjuntura marcada pela forte expressão dos movimentos sociais no Brasil, que o debate ressurgiu no âmbito da categoria mantendo sua transitividade até os dias atuais.

A retomada da Reconceituação a partir dos anos 1980 não se tratou de uma simples continuidade das ideias já discutidas até porque as condições históricas, políticas e institucionais não eram mais às das décadas de 1960 e 1970.

O novo contexto direcionava as propostas do Movimento para o comprometimento com os interesses da massa da população, a qualificação acadêmica, com forte tendência para a pesquisa e a interlocução crítica com as ciências sociais, possibilitando a abertura ao pluralismo de ideias, não só as marxistas, mas todas aquelas que estivessem em consonância com as diretrizes ético-políticas que o Serviço Social se propunha através de seu Projeto Ético-Político profissional.

É somente a partir da segunda metade dos anos 1970, quando a ditadura começa a experimentar a sua erosão, que se fazem sentir no Brasil as ressonâncias das tendências que, na Reconceituação, apontavam para uma crítica radical do tradicionalismo – e essas ressonâncias reverberaram tanto mais quanto avançam as forças democráticas na cena política nacional, com claríssimas implicações no interior da categoria profissional. A passagem dos anos 1970 aos 1980, com a reativação do movimento operário-sindical e o protagonismo dos chamados novos sujeitos sociais, abriu novas perspectivas para os assistentes sociais que pretendiam a ruptura com o tradicionalismo. E estes assistentes sociais investiram fortemente em dois planos: na organização da categoria profissional e na formação acadêmica. (NETTO, 2005, p. 17).

As ideias marxistas que passaram a inspirar a revisão das bases teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas da profissão na década de 1980 resultaram na formulação do Código de Ética de 1986, que segundo Bonetti (2007), negou conceitos abstratos e

metafísicos que estavam contidos nos códigos anteriores como o de 1947 e reelaborados no de 1975, que se pautavam em princípios filosóficos neotomistas assentados em valores como o “bem comum” e a “pessoa humana”.

Essa revisão também buscou a renovação teórico-política do Serviço Social através do pressuposto de que o conhecimento crítico da realidade é imprescindível para uma ação competente.

Apesar das contribuições deste Código em relação à negação da neutralidade no exercício profissional e à necessidade de investimento na qualificação voltada para o exercício da pesquisa, formulação e gestão das políticas sociais, apresentou limitações ao dar ênfase aos aspectos políticos, no sentido da militância dos profissionais para fora das instituições empregadoras e junto aos movimentos sociais que se instauraram na década de 1980, o que traduzia o exercício profissional numa postura marcadamente heroica, idealista e voluntarista.

Este processo de revisão resultou no Código de Ética de 1993, que buscou preservar as bases contidas no Código de 1986. O Código de Ética de 1993 tematiza princípios éticos fundamentados na dignidade da pessoa humana, da democracia, da liberdade, da justiça social e amplia o compromisso da categoria com os movimentos sociais da sociedade e não somente com os interesses das classes trabalhadoras, como explicitado no Código anterior, tendo em vista que as mudanças processadas no mundo do trabalho aumenta os segmentos espoliados da população sob regime de contrato de trabalho terceirizado e subcontratado, além de se posicionar em defesa da qualidade dos serviços prestados à população, buscando romper a lógica da tutela à medida que preconiza os usuários como os protagonistas da transformação social e não os profissionais.

As diretrizes norteadoras do Código de Ética de 1993, portanto, imprimem uma nova direção ao trabalho profissional, que se traduz no Projeto Ético-Político, no comprometimento com os valores da liberdade, da equidade, da justiça social, objetivando a universalização e acesso aos bens relativos às políticas e serviços sociais, na abolição contra todas as formas de preconceito e discriminação, dentre outras medidas, que convergem para a construção de uma sociedade mais justa para todos.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social está diretamente vinculado a um tipo de projeto coletivo que, segundo Netto (2007), trata-se de um projeto societário que atende aos interesses das classes subalternas. Os projetos societários *apresentam uma imagem de*

sociedade a ser construída, que reclama determinados valores para justificá-la e que privilegia certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la (p.142).

Para o autor, os projetos coletivos são projetos macroscópicos, com propostas direcionadas para o conjunto da sociedade, por isso, são necessariamente projetos de classe. O projeto profissional do Serviço Social deve ser articulado com os interesses dos usuários das políticas sociais, na busca pela autonomia e emancipação dos sujeitos, constituindo-se como esforço coletivo que deve perpassar desde a formação acadêmica do profissional, ao exercício no âmbito das instituições contratantes num esforço de vinculação com os movimentos sociais da sociedade.

Apesar das potencialidades transformadoras que o Projeto Ético-Político oportuniza ao exercício do assistente social, é necessário reconhecer que a construção de uma contra-hegemonia dominante não depende de categorias profissionais que, em seu interior, manifestam interesses e posicionamentos políticos divergentes, mas devem provir da consciência e organização política de setores sociais interessados na transformação das estruturas sociais vigentes (RAMOS, 2002).

O Projeto Ético-Político é uma escolha do profissional e sua preservação e aprofundamento dependem da vontade da maioria dos profissionais em assumir o compromisso com a competência pelo fortalecimento do movimento democrático e popular, ainda que pressionado e constrangido nos últimos anos.

Em tempos de ofensiva neoliberal, o Projeto Ético-Político do Serviço Social é fortemente combatido por uma conjuntura de retração dos direitos sociais e desresponsabilização do Estado. Como efetivar cidadania dentro da ordem capitalista antidemocrática, que promove a liquidação dos direitos sociais, a privatização do Estado, o sucateamento dos serviços públicos, cuja política macroeconômica penaliza a massa da população? (NETTO, 2007).

Um dos requisitos fundamentais para fortalecer o Projeto Ético-Político é a competência profissional. De acordo com Bonneti (2007), a competência não é algo pronto e acabado, nem se adquire de forma mágica e instantânea. *Trata-se de uma experiência gradual e compartilhada, interseccionada pelas circunstâncias e condições de trabalho, enquanto componentes limitadores ou favorecedores do competente desempenho profissional (p. 204).*

Trilhar o caminho da competência não significa seguir modelos fixos e predefinidos para “saber fazer bem”, nem tampouco pensar que somente o assistente social tem o potencial

capaz de contribuir para a transformação das relações sociais, o que não passa de uma postura idealista e heroica, portanto, messiânica.

A competência profissional deve ser pensada nos marcos do conhecimento crítico. As demandas imediatas que se apresentam no cotidiano de trabalho do assistente social são despidas de mediações e requerem respostas práticas que geralmente se dá mediante as políticas sociais (PONTES, 2007).

Mas, se não são contextualizadas com o movimento da realidade e entendidas em uma perspectiva de totalidade, as demandas são encaradas de forma fragmentada e respondidas de maneira pontual, fadando o exercício do assistente social a mero executor das políticas sociais.

À medida que o profissional assume o compromisso com a transformação dessa ordem societária e institui como estratégia de ação, no atual momento histórico, a luta por direitos sociais, comprometendo-se com a qualidade dos serviços prestados e com o fortalecimento do usuário, seu perfil tem que ser necessariamente crítico e questionador. É preciso, também, que este esteja também munido de um referencial teórico-metodológico que lhe permita apreender a realidade numa perspectiva de totalidade, e construir mediações entre o exercício profissional comprometido e os limites dados pela realidade de atuação (SANT'ANA, 2000, p. 90).

O Código de Ética de 1993 estabelece que o assistente social, além de executor, possui competências que também permite planejar, elaborar e administrar as políticas sociais e públicas. Só é possível realizar um exercício diferenciador quando o profissional apreende o fragmento da realidade que se apresenta como demanda institucional em uma perspectiva de totalidade, desocultando os processos que estão por trás dos problemas manifestados e reconstruindo o objeto de intervenção profissional levando em consideração os mecanismos de enfrentamento institucionais (políticas sociais) e, sobretudo, a mobilização política dos sujeitos sociais através de possibilidades de participação social.

As políticas sociais, enquanto mecanismos institucionais de contenção de conflitos, podem ser consideradas como instrumentos potencializadores de transformação social à medida que respondem à satisfação de necessidades humanas e sociais. Para isso, devem ser pensadas de forma estratégica para além de suas funções social, econômica e política, e sim, como afiançadoras de direitos.

Apesar de legalmente reconhecidos no último quartil do século XX, os direitos sociais só deixarão de ser direitos de papel se superarmos a ideia de cidadania vinculada aos ideais do *Welfare State* que, por sinal, nunca se efetivou no Brasil.

Em tempos de globalização, é necessário recriar formas de democracia em âmbito local, mas de amplitude nacional, que valorize os saberes tradicionais e requalifique o senso comum, traduzindo-se em alternativas inovadoras de emancipação social.

1.3 O Serviço Social e os desafios no campo das políticas sociais

Segundo Sposati (2002), a análise das políticas sociais na América Latina não pode cair no reducionismo que acusa o neoliberalismo como o responsável pelo desmanche dos direitos sociais, haja vista que o reconhecimento destes direitos ocorreu de forma tardia nos países latino-americanos, somente no último quartil do século XX.

As particularidades sócio-históricas dos países da América Latina não permitem que suas políticas sociais sejam analisadas à luz das políticas sociais keynesianas, típicas do *Welfare State* europeu. Santos (2002) pontua que o *Welfare State* foi um pacto entre Estado, capital e trabalho que, por meio de interações não-mercantis, buscou alavancar as economias europeias arrasadas pelo pós-guerra e estava ancorado nos pilares do pleno emprego, direitos universais e seguridade social. A tendência era que este modelo de Estado fosse ser expandido para outros países do mundo, o que era apenas uma questão de progresso e desenvolvimento econômico.

Mas, na década de 1980 do século XX, organismos internacionais, como o Consenso de Washington, Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional – FMI afirmaram que o Estado de Bem-Estar Social era um *luxo do Atlântico Norte que não se podia exportar. Os países da América Latina não o podem desenvolver porque tem uma série de inconvenientes: gera desemprego, desestímulo ao trabalho, prejuízo à poupança, é prejudicial à competitividade das economias e ao investimento nacional* (p. 24).

Segundo Sposati (2002), os direitos sociais e humanos no Brasil só ganharam reconhecimento do poder público no final dos anos 1980 e início da década de 1990, período em que a política neoliberal se estabeleceu fortemente no país, dando ênfase à retração do Estado e ao desmantelamento das políticas sociais promotoras de direitos sociais.

Montaño (1997) pontua que o modelo de Estado neoliberal dá ênfase à liberação dos mercados, desregulamentação, privatização, redução do Estado, cortes nas despesas sociais, dentre outras medidas, cuja lógica reside na eliminação das interações não-mercantis para transformar a economia de mercado em uma sociedade de mercado, portanto, quem tem dinheiro, tem acesso aos serviços e quem não tem dinheiro, não tem acesso.

Se o Estado está “quebrado”, “falido”, desfinanciado e sem possibilidade de obter recursos de outras vias que não as obrigações tributárias (fundamentalmente dirigidas ao consumo), então este Estado não poderá (nem deverá, segundo a estirpe neoliberal) destinar importante volume de financiamento às políticas sociais e serviços assistenciais. Apenas desviará poucos recursos para cobrir alguns serviços não prestados por instituições não-governamentais ou privadas, ou destinados (focalizados) a quem não tem condições de contratá-los privadamente. Assim, estes “serviços estatais para pobres” se transformam em “pobres serviços estatais”. Aqueles que tiverem condições de contratá-los na esfera privada terá bons serviços; quem não puder fazê-lo e, então, tenha que recorrer a uma prestação de serviços estatais, receberá um tratamento de má qualidade, despersonalizado (op. cit., p. 115).

As políticas sociais neoliberais não obedecem a nenhum modelo de Estado nacional, são políticas transnacionais em si mesmas, pois são regulamentadas pelo princípio da retração do Estado e primazia do mercado. Portanto, conceitua-se como política social global porque refere-se a modelos propostos e impostos pelas agências financeiras multilaterais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional a serem adaptados a realidade nacional de cada país, em troca de concessão de crédito (SANTOS, 2002).

O impacto neoliberal desmantela a cultura de direitos e substitui as políticas sociais por ações sociais temporárias que se caracterizam por programas de governo. A regulação social neoliberal prioriza a proteção ao mercado e aos negócios à medida que estimula o subconsumo via transferência de renda aos desempregados e indigentes, o que garante crédito por certo período de tempo para que se possa consumir produtos. *Não são políticas sociais para cidadãos, são práticas e programas para necessitados* (SPOSATI, 2002, p. 49).

Sposati (2002) assinala que como são programas sociais regidos pela alta rotatividade, não conseguem gerar garantias sociais, somente vistos temporários de acesso ao mundo da proteção social. E quando não temporários, *a condição da garantia social é tão rebaixada em seu alcance e padrão de qualidade que não consegue afiançar autonomia e segurança aos seus usuários* (p. 36).

Apesar disso, as políticas sociais cumprem importante papel na vida dos beneficiários dos serviços, pois o salário que a classe trabalhadora ganha em troca da venda de sua força de trabalho não contempla o atendimento de suas necessidades básicas de reprodução da própria vida. Até mesmo para aqueles que estão fora do mercado de trabalho, por ocasião de doença ou velhice, inexistindo outras fontes de renda, as políticas sociais são imprescindíveis para a manutenção da sobrevivência, seja através da previdência social ou em formas de assistência pública ou privada (IAMAMOTO & CARVALHO, 2006).

Do ponto de vista histórico-crítico, Pastorini (2007) entende que as políticas sociais desempenham funções social, econômica e política.

A função social está relacionada à forma como as políticas sociais se apresentam e ao mesmo tempo ocultam a sua essência. Elas prestam serviços sociais e assistenciais à população (urbanização, atendimento sanitário e educação públicas, subsídios no transporte etc.) e também funcionam como um complemento salarial por meio da transferência de renda às populações carentes.

Mas, em sua essência, esses benefícios escamoteiam as relações de dominação e exploração, à medida que são paliativos, temporários e não se comprometem com a transformação das condições de vida dos usuários, apenas legitimam o consenso dentro de uma ordem exploradora e opressora.

No que se refere à função econômica, as políticas sociais contribuem para o subconsumo, o barateamento da força de trabalho e, com isso, impulsionam a acumulação do capital, por meio de complementos salariais e/ou transferência de renda e bens por intermédio da prestação de serviços sociais, como a saúde pública, os seguros sociais etc.

A função política deve ser pensada como uma mediação entre as classes sociais, representada pela sociedade civil e o Estado que por um lado, reflete uma relação de dominação e subalternidade e, por outro, concessão e conquista.

O Estado deixa de ser mero instrumento de defesa dos direitos da burguesia e passa a ser pensado em uma concepção ampliada, convertendo-se em um espaço de disputa de interesses entre as classes sociais. Nessa ótica, as políticas sociais são expressões das lutas de classes e das pressões sociais presentes na sociedade civil, que resultam em concessões dos grupos que se encontram no poder visando lograr legitimidade e controle social.

Para Faleiros (2007), as instituições são lócus privilegiados para a legitimação do controle social, pois são consideradas *aparelhos ideológicos das classes dominantes para desenvolver e consolidar o consenso necessário à sua hegemonia e direção sobre os processos sociais* (p. 32).

Este processo demanda a intervenção de mecanismos profissionais que possam reforçar as normas institucionais e administrar as queixas dos problemas cotidianos relatados pelas classes dominadas. Entre esses agentes institucionais, encontra-se o profissional do Serviço Social.

O Serviço Social passa a ser socialmente necessário na órbita do Estado por sua representação humanitária e modernizadora, cuja racionalidade e eficiência entram em

consonância com a imagem de um Estado benfeitor, *tecnicamente armado para administrar os conflitos e problemas sociais, a serviço do povo* (IAMAMOTO & CARVALHO, 2006, p. 118).

Neste sentido, é atribuído poder ao assistente social que utiliza instrumentais institucionais, como entrevistas, visitas, documentos, interrogatórios que servem para obter o máximo de informações sobre a vida pessoal e social do usuário, transmitindo-lhe também informações sobre o funcionamento da instituição e dos programas desenvolvidos (FALEIROS, 2007).

Segundo o autor, o profissional, por seu saber técnico, ocupa uma posição de autoridade frente ao usuário, que é posto numa condição passiva, sendo levado a se adaptar às exigências e normas institucionais como critério de aceitabilidade nas políticas sociais.

O assistente social, por utilizar a *linguagem* como instrumento de trabalho privilegiado, estabelece ação persuasiva ou de controle sobre a vida dos sujeitos. Essa ação educativa tanto serve para que os indivíduos aceitem as normas institucionais sem questionamentos como também escamoteiam a relação dos problemas vivenciados no dia-a-dia com o contexto estrutural de desigualdade social do sistema capitalista (IAMAMOTO & CARVALHO, 2006).

No entanto, Yazbek (2009) afirma que as instituições não são blocos monolíticos de poder, também são permeáveis a projetos societários contra-hegemônicos. Afinal de contas, é necessário reconhecer os avanços no campo dos direitos que permitem trazer à esfera pública a legitimidade dos problemas sociais das classes subalternas, enquanto expressões da questão social, transformando constitucionalmente as políticas sociais em campos de exercício da participação política.

A autora sinaliza que escapam às políticas sociais reverter níveis altos de desigualdade social, mas não se pode duvidar de suas potencialidades na concretização dos direitos sociais e do trabalho do assistente social como fundamental neste processo, embora fortemente balizado nas últimas décadas pela ofensiva neoliberal.

Para Montaño (1997), o impacto neoliberal também incide na precarização das formas de contratação do assistente social, fazendo com que suas ações recaíam no imediatismo, na repetição e se tornem inócuas, pois dificilmente conseguem obter repercussão na superação das situações apresentadas em seu cotidiano de trabalho.

Se o Estado, empregador fundamental dos assistentes sociais tende a ser minimizado e as políticas sociais, orientadas segundo a lógica neoliberal que preconiza o corte nos gastos

públicos, a redução da oferta, a seletividade dos usuários e a descontinuidade dos serviços oferecidos, então o assistente social tende a perder seus postos de trabalho para outros técnicos caso permaneça realizando tarefas instrumentais simples e subordinadas.

É necessário não só executar as políticas sociais, mas também desenhá-las e implementá-las de acordo com as demandas postas e as novas que emergem no cenário social.

O assistente social deve ser qualificado para conhecer a realidade social e enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, buscando apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas estratégias profissionais, por isso o conhecimento se constitui em um instrumento de poder imprescindível.

É importante entender que a luta em defesa das políticas sociais na contemporaneidade não deve ser no sentido de ressuscitar as políticas keynesianas europeias do *Welfare State*. A pressão social hoje é diferente em decorrência da nova configuração sociopolítica dos movimentos sociais, que não mais se dividem entre classe trabalhadora e burguesia. Como diz Sposati (2002), os movimentos sociais na contemporaneidade substituem a defesa dos interesses de uma classe subordinada pela visibilidade identitária de suas causas, como por exemplo, o movimento de mulheres e de homossexuais.

Santos (2002) convoca a participação da sociedade civil e de todos aqueles que atuam em defesa das políticas sociais para se fazerem presentes nas pautas de reuniões de movimentos sociais governamentais e não-governamentais em prol de causas ecológicas, feministas, dos movimentos pacifistas, dos direitos das crianças, dentre outros movimentos reunidos.

As lutas devem ser a favor de uma política social global que considerem fatores estruturantes, associando cidadania ao trabalho, a garantia de uma renda mínima a todos os cidadãos independentemente de qualquer condição.

Mas, para um alcance global, inicialmente as mudanças devem ser em âmbito local, em favor do regresso do Estado como condutor da política social. Além da reivindicação por políticas sociais de boa qualidade, devemos buscar a socialização da política de forma democrática, participativa para que finalmente não sejam mais necessárias as políticas sociais (SANTOS, 2002).

1.4 Novos desafios ao Serviço Social: a velhice em foco

A formação generalista do assistente social habilita o profissional para trabalhar sobre as diferentes nuances da questão social, expressando-se no desrespeito da proteção social à

criança e ao adolescente, na violência contra os direitos da mulher, violação dos direitos dos idosos, dentre outras formas de manifestação.

Entretanto, cada área de atuação guarda sua especificidade e a competência profissional reside em saber articular o conhecimento generalista que adquiriu em seus anos de formação profissional com os interesses do público que atende, na perspectiva de contribuir com a concretização dos direitos sociais.

Por isso, o aperfeiçoamento intelectual deve ser contínuo, tendo em vista que é no cotidiano do fazer profissional que o assistente social desenha e redesenha novas estratégias de intervenção junto aos usuários.

Um dos desafios que se apresenta no início do século XXI tanto à sociedade quanto a profissionais de diversas áreas, inclusive ao Serviço Social, é o envelhecimento da população, primeiro porque trata-se de um fenômeno recente no Brasil, que até pouco tempo atrás era considerado um país de jovens e, segundo, porque a cultura que permeia a sociedade capitalista desvaloriza os idosos, considerando-os como *párias da sociedade* (BEAUVOIR, 1990), improdutivos, dependentes e cuja imagem é associada à feiura, doença, decrepitude e morte.

Conforme explicita Veras (2003), os idosos no Brasil ora são estigmatizados por sua condição humana ora simbolizam o signo do dinamismo ao serem incluídos no conceito de “terceira idade”.

O desafio que a velhice apresenta ao Serviço Social está diretamente vinculado a uma cultura socialmente construída que segrega os idosos no âmbito de suas famílias, que censura moral e religiosamente seus relacionamentos afetivo-sexuais e os marginalizam economicamente com uma aposentadoria/benefício assistencial que não atende suas reais necessidades, além do desrespeito cotidiano contra seu direito de ir e vir e ser bem atendido nas instituições em que solicitam serviços.

Envelhecer, sem dúvida, é uma das maiores conquistas da humanidade. Os estudos revelam um aumento progressivo do número de idosos no universo populacional brasileiro. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) no período de 1960 e 2000 a 2010 mostram que nos últimos cinquenta anos a população brasileira quase triplicou: passou de 70 milhões em 1960, para 190,7 milhões em 2010.

O crescimento do número de idosos foi ainda maior. Em 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais e representavam 4,7% da população. Em 2000, 14,5

milhões, ou 8,5% dos brasileiros, estavam nessa faixa etária. Na última década, o salto foi grande, e em 2011 a representação passou para 12% da população, destaca a mesma fonte.

Um dos fatores explicativos para o aumento de pessoas idosas concerne à redução nas taxas de mortalidade e queda nos índices de fecundidade. A redução nas taxas de mortalidade é celebrada graças ao avanço da medicina e da ciência em promover métodos eficazes para a prevenção, controle e tratamento de doenças, como vacinas, novos medicamentos, melhoria na infra-estrutura sanitária, dentre outros trabalhos de prevenção e promoção em saúde.

No que se refere às quedas nas taxas de fecundidade, o IBGE (2010) refere que os números caíram para 20,1% ao longo da última década. Em 2000, cada mulher tinha em média 2,38 filhos. Há 50 anos, a taxa de fecundidade era de 6,3 filhos por mulher, mais que o triplo do que é hoje. Em 2010, cada brasileira tinha em média 1,9 filho.

Estudos apontam que a industrialização e a urbanização contribuíram para que a mulher participasse mais do mercado de trabalho, passando a dedicar menos tempo à família. A escolaridade contribui decisivamente para que as mulheres priorizem a carreira, em detrimento do casamento. Soma-se a isso a difusão dos métodos anticoncepcionais, uma das conquistas dos movimentos feministas da década de 1980 que, dentre suas reivindicações, estava o sexo como fator de prazer e não tão somente para fins de reprodução.

Embora os dados demográficos nos despertem para o alerta de que a população está envelhecendo a um ritmo progressivo, o que demanda a criação de condições para que as pessoas idosas vivam com o máximo de qualidade de vida, nos preocupa o fato de saber que o Brasil prepara-se tardiamente para o envelhecimento da população, tendo em vista que por durante muito tempo foi considerado um *país de jovens* (VERAS, 2003).

Teixeira (2008) assinala que o envelhecimento ganha a conotação de questão social à medida que se elevam as demandas dos idosos pelos serviços de saúde, previdência e assistência social, causando grandes ônus para o Estado.

Segundo a autora, a maioria dos velhos trabalhadores, em sua juventude e maturidade, estava inserida de forma precarizada no mundo do trabalho e na maioria das vezes sem a garantia das leis trabalhistas. Os baixos salários que recebiam eram para a manutenção de sua subsistência e de suas famílias, por isso, grande parte dos idosos não conseguiram amearhar recursos para subsidiar suas necessidades na velhice.

E como nessa fase da vida já não são mais produtivos para o capital, acumulando doenças resultantes de seu estilo de vida e trajetória de trabalho, precisam recorrer principalmente aos serviços públicos de saúde e à assistência social.

Destacamos a política de saúde, em razão do aparecimento e agravamento de doenças crônicas nessa fase da vida e a assistência social, pelo fato de que a partir dos anos 1990 foram criadas legislações, como a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (1993), a Política Nacional do Idoso – PNI (1994) e o Estatuto do Idoso (1993) que representaram avanços na garantia dos direitos dos idosos no que tange a oferta de medidas protetivas que assegurem um envelhecimento ativo e com qualidade de vida e um benefício assistencial no valor de um salário mínimo para quem tem a partir de 65 anos e que comprove renda familiar inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

A explosão de idosos na sociedade e a consequente preocupação com suas demandas impulsiona o reconhecimento da gerontologia como profissão do futuro, despertando interesse de estudiosos e profissionais de diferentes campos do saber, como a Medicina, Enfermagem, Psicologia, Sociologia, Serviço Social, dentre outros, na troca de saberes aliados em torno de um único objetivo: assegurar o exercício da cidadania por meio da promoção da qualidade de vida aos idosos.

Por falar em direitos sociais, nas últimas décadas, o Serviço Social, através de seu Código de Ética Profissional de 1993, tem se mostrado solidário aos interesses das classes subalternas.

Vasconcelos *et. al.* (2007), ao compararem os códigos de ética de alguns profissionais – médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas e dentistas –, destacam que a categoria dos assistentes sociais obteve significativos avanços nas últimas décadas por afinar seu projeto profissional a projetos societários articulados com as necessidades e interesses das classes subalternas enquanto *as demais profissões mantêm, ainda, códigos de ética contraditórios e baseados em princípios predominantemente abstratos e conservadores, descolados dos interesses da maioria dos brasileiros usuários dos serviços de saúde* (p. 48).

Em Manaus, de acordo com estudos realizados por Silva e Vallina (2005), o campo de atuação que absorve o maior número de assistentes sociais é a área da Saúde seguida pela Assistência Social. No transcorrer da década de 90, essas políticas ganharam primazia no desenvolvimento de programas voltados aos idosos, contemplando os direitos previstos na PNI (1994), na busca da promoção de um envelhecimento bem-sucedido, preservando a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida do idoso.

No cotidiano de trabalho do assistente social há várias demandas provenientes do processo de envelhecimento e da velhice. Os idosos recorrem ao assistente social para o

atendimento de suas necessidades de caráter imediato, mas também pela inserção em atividades de socialização. As demandas dos idosos perpassam desde a gratuidade no transporte público ao atendimento na rede sócio-assistencial, dentre outras voltadas à garantia dos direitos sociais e à organização dos grupos com o objetivo de participar das decisões políticas relativas à área do envelhecimento (TORRES & SÁ, 2008).

Os indicadores do IBGE (2010) apontam que a maioria dos idosos brasileiros concentra-se próximo às áreas urbanas porque são regiões com maior disponibilidade de serviços médicos qualificados e também porque abrange uma rede social com atividades de lazer, culturais e religiosas que permitem maior envolvimento dessa faixa etária na sociedade.

Segundo Lobato (2007), por meio dos programas sociais voltados aos idosos os assistentes sociais podem trabalhar questões relacionadas ao controle social nas políticas públicas, de forma a possibilitar estratégias de participação social.

Os profissionais devem aproveitar estes espaços, considerados como potencializadores e instrumentalizadores, para viabilizar ações que garantam o exercício da cidadania e contribuam para a construção de uma imagem positiva da velhice.

A autora refere que é comum encontrar idosos que chegam aos programas com baixa autoestima, relatando problemas de relacionamento com seus familiares e a falta de respeito da sociedade para com eles.

Mas, após um tempo de permanência nos programas, mediante contato com outros idosos e profissionais que respeitam suas opiniões, eles passam a demonstrar interesse em novas habilidades e desenvolvem novos conhecimentos, dando outro significado à velhice.

Vários autores têm afirmado que os programas de idosos operam mudanças em seus participantes quanto ao resgate da autoestima, superação de doenças, recuperação da memória, além de propiciar novos conhecimentos e o desenvolvimento de novas habilidades. Todos esses ganhos também favorecem o desenvolvimento da sociabilidade (p. 143).

As políticas públicas já foram criadas. O assistente social, por ser um profissional que atua na defesa dos direitos sociais, inclusive dos idosos, deve garantir o acesso às políticas públicas de forma que a dimensão educativa de seu trabalho possa instrumentalizá-los na busca por sua autonomia e independência, através da participação política em espaços coletivos.

Em vez do papel do assistente social funcionar como paliativo e compactuante com os interesses das classes dominantes, o profissional deve reconhecer as verdadeiras necessidades

e condições de vida das classes subalternas, conduzindo-os na gestão dos processos de uma participação social real, concreta e efetiva (AMMAN, 1980).

Segundo Amman (1980), a participação social é entendida como um processo dialético que depende das relações sociais de produção e das orientações políticas e ideológicas do Estado, um processo onde as diversas camadas sociais tomam parte na produção, gestão e usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada.

A postura dos assistentes sociais no processo de garantia da participação social efetiva não deve ser apenas de ativista, no âmbito da militância, deve ter outras qualificações, como a busca incessante do conhecimento para analisar com profundidade o contexto estrutural da sociedade capitalista e suas relações de dominação e opressão, bem como levar em consideração a população envolvida neste processo, suas características culturais, a linguagem e os valores.

Pelo fato de ser um fenômeno recente na sociedade brasileira, apresenta-se como um desafio a todos os profissionais que lidam cotidianamente com as demandas dos idosos, inclusive os assistentes sociais.

As respostas às novas demandas são construídas no movimento da realidade e a partir da historicização do processo que regem as relações sociais. *A prática profissional não tem o poder miraculoso de revelar-se a si mesma. Ela adquire inteligibilidade e sentido na história da sociedade da qual é parte e expressão* (IAMAMOTO, 2007, p. 150).

As respostas construídas diante das demandas emergentes devem estar em sintonia com os interesses dos usuários atendidos pelo Serviço Social. Para isso, é necessário que os assistentes sociais olhem menos para o Estado e mais para a sociedade. *Não é o Estado que explica a sociedade, uma vez que encontram-se na sociedade civil os fundamentos do próprio Estado* (p. 152). Ainda que o Estado desempenhe papel decisivo na regulação da sociedade civil através das políticas sociais, é imprescindível que os assistentes sociais olhem para a sociedade, para o movimento das classes sociais.

Em meio a um contexto de pressões decorrentes do agravamento da pobreza e a retração do Estado, que prevê a racionalização da oferta de benefícios, amplia-se cada vez mais a seletividade dos atendimentos e o assistente social se vê compelido a tornar-se um *juiz rigoroso da pobreza* e em algumas instituições, *os profissionais defrontam-se com o ócio, impedidos de trabalhar diante da inexistência de recursos, o que gera perplexidade e imobilismo* (p. 61).

Daí resulta a postura comumente difundida no meio do Serviço Social que “na prática a teoria é outra”. Esta assertiva conforma-se pelo excesso de burocratização que tolhe o

exercício do assistente social, refletindo em um discurso vazio orientado pelo compromisso com as classes populares, mas objetivamente incapaz de ser viabilizado em razão de falta de condições materiais para tal finalidade.

Nicolau (2004), ao investigar a representação que os assistentes sociais fazem a respeito do Serviço Social e a relação desta com o seu cotidiano de trabalho nas instituições, chegou à conclusão de que a maioria dos profissionais entrevistados em sua pesquisa não conseguiu estabelecer conexões com os termos que utilizam em seus discursos, como “questão social”, “política” e “classe trabalhadora”.

Essas características sustentam a manutenção de posições estereotipadas e distanciadas do fazer profissional concreto. Poucos articulam uma análise do fazer cotidiano que desenvolvem nas instituições ou relacionam, explicitamente, este fazer às frases feitas que enunciam; poucos articulam as tarefas e ações que executam em seu fazer profissional às relações que orientam o movimento da sociedade e a própria profissão. Seu fazer arrola um conjunto de procedimentos legitimados a serem cumpridos e se justifica num discurso geral, vago e impreciso que se torna concreto quando associado à própria sobrevivência (NICOLAU, 2004, p. 99).

Sem cair nas armadilhas do messianismo ou do fatalismo, é necessário que os assistentes sociais pensem em novas propostas de forma realista, considerando a correlação de forças institucional, mas também a participação ativa dos sujeitos envolvidos.

De acordo com Iamamoto (2007), não se pode cair na falácia de esperar condições mais propícias para desenvolver um exercício profissional diferenciador, até porque se todos tivessem acesso aos direitos sociais e à riqueza socialmente produzida, certamente o trabalho do assistente social seria desnecessário, tendo em vista que o profissional é contratado justamente para atuar na mediação e possível conciliação dos conflitos entre capital e trabalho.

É essa realidade de precariedade dos serviços públicos que enfrentamos e da qual temos de partir no cotidiano profissional, não podendo deixar que ela nos afixe. Não temos de ser necessariamente levados ao imobilismo, à descrença, à desilusão profissional. Há que superar essa posição fatalista, como também aquelas visões idealizadas que tornam a assistente social próxima à figura da “Alice no país das maravilhas”: “se” a sociedade fosse igualitária, “se” houvessem recursos abundantes, “se” não existissem relações de poder nas instituições, “se” tivéssemos completa autonomia no nosso campo de trabalho...aí, sim, poderíamos realizar “aquele” Serviço Social com que sonhamos. Nessa perspectiva, a realidade torna-se o obstáculo, vista como o que impossibilita o trabalho. Isso porque partimos de uma visão idealizada do real, não correspondente à história presente. Esta é colocada entre parênteses e não decifrada, impossibilitando descobrir, na articulação dos processos econômicos, políticos e culturais que a constituem – no seu movimento – os desafios e as possibilidades de trabalho (IAMAMOTO, 2007, p. 161-162).

Apesar dos avanços conquistados pelas políticas de seguridade social do ponto de vista jurídico-legal, é ampla a agenda de mudanças a ser percorrida na busca de melhorias democráticas e de justiça social porque a legislação por si só não garante a concretização dos direitos sociais. *Estamos diante de direitos que não foram efetivamente universalizados, da fragilização da atenção básica à saúde e focalização (seletividade) em segmentos populacionais específicos da assistência social* (YAZBEK, 2009, p. 115).

No caso do idoso, os estigmas associados comumente à velhice denotam aspectos relacionados à feiura, decrepitude, doença, uma fase da vida em que não há mais nada a fazer a não ser esperar a morte chegar. Um novo trato à velhice é inaugurado a partir da década de 1990, por meio de políticas de proteção social que garantem aos idosos o direito a uma velhice digna e com qualidade de vida. Por isso, todas as ações voltadas a este estrato populacional devem ser direcionadas no sentido de promover o máximo de autonomia e independência nessa fase da vida (LITVOC & BRITO, 2004).

Mas, isto não permite fazer apologia aos modismos que têm se propagado nas últimas décadas a respeito da exaltação da terceira idade como “a melhor fase da vida”. O termo terceira idade, segundo Lins & Peixoto (1998), é importado da França nos anos 1960 e designa um trato mais respeitoso aos idosos de classes abastadas ao mesmo tempo em que simboliza o sinônimo de um envelhecimento ativo e independente sob o signo do dinamismo para substituir a ociosidade decorrente do processo de aposentadoria.

A questão é que ao ser generalizado e descontextualizado da pluralidade de velhices existentes no Brasil – Beauvoir (1990) destaca que a velhice deve ser entendida em sua polissemia, pois existem vários fatores que diferenciam as diversas vivências do fenômeno do envelhecimento pelas pessoas a partir de critérios como gênero, condições de saúde e classe

social –, o termo terceira idade não passa de um eufemismo, pois a partir da ideia da autogestão e integração, escamoteia a realidade de exclusão e marginalização social que está inserida a maioria dos idosos (LINS & PEIXOTO, 1998).

Ainda que seja importante o desenvolvimento de atividades que estimulem a sociabilidade entre os idosos, como meio de garantir o bom funcionamento da capacidade psicológica, as atividades planejadas devem ser conduzidas por processos de gestão que permitam técnicas participativas e estejam comprometidas com a conjugação de esforços para a superação das dificuldades que os idosos vivenciam em seu dia-a-dia.

As técnicas participativas devem ser baseadas nos princípios da escola de Paulo Freire que consiste na tomada de consciência dos sujeitos sobre as questões que lhes dizem respeito. Os profissionais devem atuar como co-participantes deste processo, possibilitando formas de análise dos comportamentos e atitudes, em vez de serem agentes persuasivos que impõem formas de encarar a velhice destoantes da realidade dos idosos. Este processo educativo se relaciona com a autonomia e pertence à corrente pós-moderna do empoderamento, que faculta aos sujeitos sociais condições para o desenvolvimento de habilidades de forma que lhes permitam conduzir sua vida (DERNTL & WATANABE, 2004).

A dimensão educativa presente no trabalho do assistente social pode ser redirecionada a favor dos interesses das classes subalternas, como vem sendo traçado a partir do Código de Ética de 1993.

Os direitos sociais devem ser pensados para além da normatividade legal, tendo como foco a organização da sociedade civil. A construção de uma cultura pública democrática deve estar atenta às possibilidades da cidadania e deve se enraizar nas práticas sociais cotidianas dos indivíduos.

A competência do assistente social não reside somente no *fazer bem* as tarefas institucionais e cumprir prazos estabelecidos. Mas, sim em saber articular sua capacidade intelectual com seu fazer profissional, pois conhecimento sem aplicabilidade prática não tem repercussão. Para isso, o profissional precisa ser criativo para saber redimensionar seu discurso de tal modo que ressoe sobre a vida do público que atende.

Não basta o usuário saber que têm direitos, é necessário conquistá-los. Pelo fato de trabalhar diretamente com a linguagem, – daí advém a função educativa – a competência do assistente social consiste em saber traduzir seu conhecimento acumulado à realidade vivenciada pelos usuários que atende, do contrário, as ações se tornarão inócuas, por mais bem intencionadas que sejam.

É imprescindível, portanto, que o profissional saiba ser criativo para transpor o conhecimento acumulado ao longo de seu processo de formação de forma clara, concisa e de tal forma que os sujeitos consigam tomar para si as informações viabilizadas conseguindo estabelecer um nexo causal com seus problemas diários (PRATES, 1995).

A velhice é um dos desafios contemporâneos ao Serviço Social não só pelo crescimento das demandas dos idosos que se apresentam ao cotidiano de trabalho do assistente social, mas pela própria dimensão educativa que a profissão porta direcionada à efetivação dos direitos sociais.

Esta dimensão educativa é fundamental para a promoção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido, pois requer técnicas de participação social fundamentadas no estabelecimento de relações dialógicas entre saberes profissionais diversos e os modos de vida elaborados pelos sujeitos sociais.

Guerra (2009) explicita que a realidade requer profissionais que não apenas respondam as demandas institucionais, mas que as compreendam em seus significados sociais e que, pela sua intervenção, lhes atribuam outros. Para isso, os assistentes sociais devem ser capazes de atuar sobre a realidade, reconfigurando criticamente os problemas que se manifestam. É somente assim que será possível construir novas estratégias sociopolíticas e profissionais que reafirmem o compromisso da profissão com a sociedade.

Ao trabalhar inserido nas políticas públicas e sociais, o assistente social deve reconhecer a potencialidade de seu trabalho nos níveis da promoção e prevenção de riscos e vulnerabilidade social, pois o arcabouço teórico-metodológico e ético-político somatizados em sua trajetória acadêmica o capacita para trabalhar sobre as diferentes nuances da questão social, imbuídas na família e na correlação de forças do sistema capitalista, sendo capaz de oferecer o enfoque de totalidade na atenção prestada.

Para Pereira (2008), as políticas públicas não podem estar voltadas somente para a satisfação de necessidades biológicas. O homem é um ser social dotado de dimensões emocionais, cognitivas e de capacidade de aprendizagem e desenvolvimento. As políticas públicas devem se preocupar com a efetiva concretização do direito do ser humano à autonomia, à convivência familiar e comunitária saudáveis, ao desenvolvimento intelectual, às oportunidades de participação e usufruto do progresso.

O assistente social domina procedimentos metodológicos e instrumentais técnicos adequados que englobam as dimensões psicológica, cultural, socioeconômica, fundamentados em uma ótica reflexiva, e usam como referências as técnicas participativas, em oposição às

práticas que medicalizam a questão social (BRAVO, 2007). Sendo solidários à luta por um envelhecimento bem-sucedido, os assistentes sociais podem contribuir para o fortalecimento e a instrumentalização dos idosos na luta pela cidadania e a justiça social.

CAPÍTULO 2 – VELHICE: DESAFIO DO SÉCULO

A discussão contemporânea em torno da velhice representa muito mais do que um modismo passageiro que se justifica pelo aumento do número da população idosa em escala mundial, mas fundamenta-se, essencialmente, pela preocupação em garantir melhores condições de saúde e de vida aos idosos, pois eles refletem a condição humana futura para os homens do presente.

Apesar dos avanços obtidos pela Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, dentre outras legislações que amparam este estrato populacional, percebemos que as ações desenvolvidas são descontínuas e desarticuladas no âmbito das políticas públicas, o que dificulta oferecer o enfoque de totalidade na atenção prestada, tendo em vista que a atenção à saúde do idoso deve contemplar a complexidade social que perpassa o fenômeno do envelhecimento, ou seja, suas dimensões biopsicossociais.

A perseguição em torno da qualidade de vida na velhice muitas vezes distorce o foco para o culto à eterna juventude, desprezando, assim, os fatores componentes da dimensão social da vida que influem diretamente sobre as condições de saúde, como ter acesso às políticas públicas de qualidade, a uma renda que corresponda à satisfação das necessidades sociais e humanas dos idosos, a um ambiente familiar e comunitário saudáveis, à desconstrução de estereótipos culturalmente naturalizados que estigmatizam o idoso e à participação na vida social e política da sociedade, ou seja, à garantia de exercer os direitos sociais.

Para um envelhecimento ativo e bem-sucedido, é necessário considerar as limitações que a velhice impõe ao ser humano, mas que, ainda assim, é possível viver com o máximo de autonomia e independência na tomada de decisões próprias, no autocuidado no âmbito familiar e na vida em sociedade.

2.1 Discussão conceitual acerca da velhice

O envelhecimento da população é um fenômeno recente na sociedade brasileira. Segundo Berzins (2003), entre 1960 e 1991 houve um aumento de 14 anos na esperança de vida. A queda nas taxas de mortalidade e a redução da fecundidade, associadas aos avanços da medicina no que concerne ao controle e tratamento de doenças, assim como a inserção da mulher no mercado de trabalho e os métodos contraceptivos são responsáveis pela alteração na pirâmide etária que revela um aumento progressivo do número de idosos no universo populacional. A partir da década de 1960, a identidade de “país jovem” atribuída ao Brasil viu-se ameaçada pelos “novos cabelos brancos” (VERAS, 2003).

De acordo com Teixeira (2008), a população mundial é de aproximadamente 6 bilhões de pessoas, das quais cerca de 580 milhões (9,8%) têm mais de 60 anos. Até o ano de 2025, segundo as estimativas, perto de 14% da população mundial será considerada velha e a proporção de pessoas muito idosas (75 anos ou mais) representará um grupo em crescimento.

Envelhecer é condição humana, natural e inevitável. O envelhecimento é marcado por mudanças biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, econômicas e políticas que acompanham a trajetória de vida dos indivíduos (NERI, 2001).

Entretanto, as pessoas envelhecem de maneiras diferentes. Segundo Beauvoir (1990) existem vários fatores que diferenciam as diversas vivências do envelhecimento pelos indivíduos, como a saúde física e mental, a família, o gênero, mas o fator determinante é a classe social: *tanto ao longo da história como hoje em dia, a luta de classes determina a maneira pela qual um homem é surpreendido pela velhice* (p. 17). Para a autora, a sociedade capitalista não é apenas culpada, mas criminosa; por trás do mito da expansão e da abundância, trata os velhos trabalhadores como párias da sociedade.

Netto e Ponte (2005) observam que a sociedade contemporânea defronta-se com o dilema de, um lado, celebrar o envelhecimento como fruto do aumento da expectativa média de vida da raça humana e, do outro, *se omite ou adota mesmo atitudes preconceituosas sobre o velho e a velhice* (p. 09).

Para os autores, o que surpreende é a rapidez com que se processou a mudança cultural que até há algumas décadas mantinha a geração mais velha em absoluta autoridade sobre os mais jovens. Nas sociedades primitivas, os velhos eram considerados patrimônios da família e não encargos. Os jovens recorriam a eles em busca de conselhos, dedicando-lhes

obediência, respeito e valorização. Aos idosos também eram confiados a direção de negócios de grande importância social e econômica.

Cuche (2001), ao analisar os estudos de Seeger (1980) com um grupo indígena, os suyás, onde percebe a irreverência do comportamento dos velhos com os demais habitantes da aldeia e fica perplexo com os relatos observados. Nessa aldeia, os velhos são *os bobos da corte numa sociedade sem corte: divertem toda a população suyá e, para isso, gozam de uma licença e benefícios especiais*. (p. 125).

É assim que os velhos e as velhas *suyás* falam tudo que jovens e adultos não ousam dizer, ou o que, pelas regras do grupo, são proibidos de fazer; expressam-se por meio de atitudes cômicas, bufas e comportamentos inversos o que há de mais privado – a sexualidade, por exemplo –, tornando seus conteúdos mais espontâneos. “Vocês querem cheirar minha vagina?” – diz a velha pulando numa perna só; o velho corre atrás das mulheres segurando o pênis até que elas o cutuquem e ele role no chão em falsa agonia em plena luz do dia e sob os olhares divertidos de toda a aldeia (p. 112).

A partir do século XVIII, o que se nota é uma inversão de valores, em razão da revolução industrial, cuja cultura é centrada nos moldes de produção capitalista, onde toma o jovem e o adulto como produtores e considera o velho como uma irrupção perigosa da ordem, posto que já não é mais produtivo para o capital (ROCHA, 1998).

Hoje, em fase de transição do século, o que se nota é uma inversão de valores. Fruto da revolução industrial, dos avanços tecnológicos dela decorrentes e da valorização excessiva de teses desenvolvimentistas, ganha importância a força de produção, obviamente muito mais próxima dos jovens. Passa-se julgar o homem pela sua capacidade de produzir. Dentro dessa lógica, os idosos, em sua imensa maioria, por terem reduzida a sua capacidade fisiológica de trabalho, à qual pode se associar uma ou mais doenças crônicas, não tem como enfrentar uma competição na qual as condições são desiguais. O resultado final é a marginalização do velho e a perda de sua condição social, às quais se associa os poucos rendimentos recebidos, fruto de uma aposentadoria irrisória (NETTO e PONTE, 2005, p. 09).

Almeida (2003) sinaliza que desde a emergência do homem, a idade funciona como um critério de demarcação da vida, uma vez que as sociedades sempre precisaram garantir a produção e a reprodução da existência, assumindo conteúdos particulares no tempo e no espaço.

Beauvoir (1990) ilustra através do filme “A Balada de Narayama” (1983) a associação da velhice como uma etapa que precede a morte, portanto, a última fase do ciclo vital em que não há mais nada a fazer, a não ser esperar a morte chegar.

O filme retrata que em algumas cidades do Japão, no século XIX, havia uma tradição amarga: ao completar setenta anos de idade, os moradores dos humildes vilarejos deveriam subir ao topo da montanha local, uma região sagrada, e como elefantes velhos, deveriam esperar pela hora da própria morte, sozinhos.

Apesar da maioria dos personagens parecer encarar a morte com tranquilidade e até um alívio, uma vez que o filme demonstra a realidade de uma região marcada pela escassez de alimento, o filho da velha Orin sofria muito em ter que aceitar essa tradição.

Mas, a própria personagem diz ao filho que “regras são regras e o sentimento tem que ser deixado de lado”, para que ele se conforme em cumprir a tradição na qual o tempo cultural se sobrepõe ao tempo biológico.

Embora não haja uma marcação cronológica que acuse a chegada da velhice – há quem diga que envelhecemos desde o momento em que somos concebidos no ventre materno –, geralmente as pessoas sentem que a velhice chegou pelos sinais aparentes que o corpo apresenta e também pelo declínio da capacidade fisiológica com o aparecimento e/ou agravamento de doenças.

Para Netto e Ponte (2005), o envelhecimento se manifesta pelo declínio gradual das funções dos diversos órgãos, mantendo-se linear com o passar do tempo, por isso não é possível definir um ponto exato de transição para a chegada da velhice.

Entretanto, para os autores, este processo se inicia precocemente ao final da segunda década de vida, embora perdurando por longo tempo perceptível até que no final da terceira década *as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais comecem a ser perceptíveis, ocorrendo a cada ano, a partir dos trinta anos, perda de 1% da função orgânica de uma maneira geral* (p. 05).

De acordo com Neri (2001), a mudança física é gradual e progressiva, que se mostra através do aparecimento de rugas, perda de elasticidade e viço da pele, diminuição da força muscular, da agilidade e da mobilidade das articulações, aparição de cabelos brancos e queda de cabelos, redução da capacidade auditiva e visual, distúrbios do sistema respiratório, circulatório, alteração da memória, dentre outras.

Assim, detalha Beauvoir (1990):

Os cabelos embranquecem e tornam-se mais ralos, também os pelos embranquecem, embora proliferem em certos lugares – como, por exemplo, no queixo das velhas. A pele se enrugam em consequência da desidratação e da perda de elasticidade do tecido dérmico subjacente. Caem os dentes. A perda dos dentes provoca um encurtamento da parte inferior do rosto, de tal maneira que o nariz – que se alonga verticalmente por causa da atrofia de seus tecidos elásticos – aproxima-se do queixo. A proliferação senil da pele traz um engrossamento das pálpebras superiores, enquanto se formam papos sob os olhos; o lábio superior minguia e o lóbulo da orelha aumenta. Também o esqueleto se modifica. A atrofia muscular e a esclerose das articulações acarretam problemas de locomoção. O esqueleto sofre processo de osteoporose, isto é, a substância compacta do osso torna-se esponjosa e frágil, sendo este o motivo porque a fratura do colo do fêmur, que suporta o peso do corpo, é um acidente frequente; e a vista cansada faz com que a capacidade de discriminação decline. Também diminui a audição, chegando frequentemente até a surdez. O tato, o paladar e o olfato tem menos acuidade que outrora (p. 34-35).

Schwanke *et. al.* (2009) observam que as mudanças psicológicas e sociais são modificações afetivas e cognitivas que se expressam mediante a consciência da aproximação do fim da vida, a suspensão da atividade profissional pela aposentadoria, de onde surge muitas vezes a sensação de inutilidade, solidão, segregação familiar, dificuldades econômicas, declínio do prestígio social e mudanças de valores.

Com base nestas considerações, o idoso pode ser caracterizado como 1) uma entidade biológica que apresenta modificações orgânicas, funcionais e psicológicas que lhe são peculiares; 2) um indivíduo que estabelece relações características com seu entorno social, dependentes das modificações associadas ao processo de envelhecimento *per se* (p. 37).

Esta mesma fonte refere que estudos realizados pela Organização das Nações Unidas (ONU) delimitam em países em desenvolvimento, como o Brasil, que os indivíduos de 60 anos ou mais são considerados idosos – o que também afirma o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional do Idoso (1994) –, enquanto em países desenvolvidos, idosos são as pessoas com 65 anos ou mais.

Nesta pesquisa, o perfil dos idosos atendidos pelas assistentes sociais entrevistadas mostra a preponderância do número de mulheres em detrimento dos homens, tanto na procura pelos serviços de saúde como também na participação delas em atividades físicas e de socialização promovidas pelos Centros de Convivência.

A maioria dos idosos que procuram as instituições de saúde e os centros de convivência tem idade entre 60 a 80 anos, o que alguns estudos categorizam como jovens

idosos (60 a 69 anos) e adultos velhos (70 a 79 anos), embora também sejam atendidos idosos com até cem anos de idade.

O perfil socioeconômico demonstra que a maioria sobrevive com um salário mínimo, proveniente de suas aposentadorias, pensões e/ou benefício assistencial (Benefício de Prestação Continuada – BPC estabelecido pela LOAS, 2003), com exceção de alguns idosos que participam do Centro de Convivência do Idoso que, segundo a assistente social entrevistada, são pessoas de classe média que moram sozinhos ou com um número reduzido de filhos que trabalham e, portanto, são independentes financeiramente. Esses proventos são as únicas fontes de renda para a maioria dos idosos usuários destas instituições, não exercendo, portanto, nenhuma atividade remunerada, em razão das limitações de suas condições de saúde.

Segundo Neri (2001), nas sociedades capitalistas, para cada estágio da vida corresponde uma função social, que é atribuída ao indivíduo mediante critérios de sexo e idade. Assim, à criança, corresponde a função de brincar; ao adolescente, o momento de experimentar; ao adulto, trabalhar e ao velho, aposentar-se.

É nessa fase da vida que o indivíduo sofre significativas perdas, que vai desde o afastamento de familiares, perpassando a ótica da doença até a exclusão do mercado de trabalho. O idoso desenvolve o sentimento de inutilidade, ocasionando sua marginalização social, principalmente com o advento da aposentadoria.

Patrocínio e Gohn (2006) consideram que a aposentadoria constitui-se como um rito de passagem de homens e mulheres para o mundo da velhice. Para as mulheres, o que se rompe apenas é o trabalho realizado fora de casa, mas como continuam cuidando dos afazeres domésticos, dos filhos e dos netos, não se sentem tão deslocadas quanto os homens, para quem a perda é maior, pois já não tem mais o trabalho como seu lugar de referência, sentindo-se, muitas vezes, inúteis e solitários.

Em relação aos termos classificatórios, existe certa imprecisão acerca do que realmente significa envelhecimento, velhice, idoso e terceira idade. Envelhecimento é um processo intrínseco à vida que ocorre ao longo de todas as fases do desenvolvimento humano (VERAS, 2003).

A velhice é uma das fases do desenvolvimento humano, em que é ao mesmo tempo natural e cultural. Natural, porque é um fenômeno biológico, visivelmente apresentada através dos sinais que o corpo emite, e cultural, na medida em que é revestida de conteúdos simbólicos que informam as ações e representações dos sujeitos (MERCADANTE, 2003).

Segundo Peixoto (1998), na França do século XIX, o termo *vieux* (velho) ou *vieillard* (velhote) era utilizado para as pessoas com idade acima de 60 anos, consideradas como pobres e indigentes, pois não tinham condições financeiras para assegurar seu futuro.

Por outro lado, os indivíduos que gozavam de prestígio social, eram chamados *personne âgée* (idosos). Os velhos que possuem certo estatuto social, como por exemplo, o presidente da República, os senadores, os artistas, empresários de renome etc., jamais são chamados “velhos”. Ser velho é pertencer à categorização emblemática dos indivíduos pobres.

No Brasil, o termo que designava até os anos 60 a pessoa envelhecida era “velho”. Empregado de maneira geral, esse termo não possuía um caráter especificamente pejorativo, como o *vieux* (velho) ou o *vieillard* (velhote) francês, embora apresentasse certa ambiguidade por ser um modo de expressão afetivo e ao mesmo tempo pejorativo, cujo emprego se distinguia pela entonação ou pelo contexto em que era utilizado.

A partir dos anos 60, o termo “idoso” chega ao Brasil trazido pelos ventos franceses. Velho e idoso podem confundir-se, mas “idoso” marca um tratamento mais respeitoso, como *personne âgée* praticado na França, enquanto o termo “velho” tem uma conotação negativa ao designar, sobretudo, as pessoas de mais idade pertencentes às camadas populares que apresentam mais nitidamente os traços do envelhecimento e do declínio.

Nesse período, a introdução do termo “idoso” foi criticado porque não é tão preciso quanto “velho”, ainda que seja mais respeitoso. “Idoso” engloba realidades diversas, que serve tanto para caracterizar a população envelhecida em geral quanto os indivíduos originários das camadas sociais abastadas. Mas, esta designação deu outra significação ao indivíduo “velho”, como se sugerisse um tratamento mais respeitoso. A partir de então, os problemas dos velhos passaram a se constituir necessidades dos idosos.

Por conseguinte, Mercadante (2003) pontua que o termo “terceira idade” surge quando a categoria “velhice” é desconstruída, no sentido de tentar romper com a identidade estigmatizada que permeia a palavra “velho”. Sinônimo de envelhecimento ativo e independente, a terceira idade converte-se em uma nova etapa da vida, em que a ociosidade simboliza a prática de novas atividades sob o signo do dinamismo.

A invenção do termo “terceira idade” – nova fase do ciclo de vida entre a aposentadoria e a velhice – é simplesmente produto da universalização dos sistemas de aposentadoria e do consequente surgimento de instituições e agentes especializados no “tratamento da velhice”, que prescrevem a esse grupo etário uma maior vigilância alimentar e exercícios físicos, atividades sociais e culturais, como incentivo ao turismo, produtos de

beleza e alimentares, bem como surgem também novas especialidades profissionais, gerontólogos, geriatras etc.

“Idoso” simboliza, sobretudo, as pessoas mais velhas, os velhos respeitados, enquanto “terceira idade” designa principalmente os jovens velhos, os aposentados dinâmicos. Entretanto, “terceira idade” funciona como um eufemismo para mascarar o contexto de exclusão social e miséria em que vive a maioria dos idosos no Brasil.

Apesar de se admitir o papel hostil da sociedade contemporânea para com os idosos, Netto e Ponte (2005) apontam que é necessário considerar a parcela de responsabilidade dos próprios idosos em relação a essa situação, em que se fazem presentes conflitos provenientes da desarticulação intergeracional.

Os autores observam que é fácil perceber a valorização excessiva de jovens em detrimento dos idosos, mas se parte dos idosos não apresentassem rejeição aos “novos tempos”, a integração destes seria menos árdua, apesar das precárias condições socioeconômicas em que vive a maioria dos idosos brasileiros.

É conhecido o fato da dificuldade de adaptação do velho ao meio em que vivem, gerando conflitos particularmente com as gerações mais jovens. Não se pode, sob pena de cometer-se injustiça, afirmar que a rejeição é unilateral, ou seja, da sociedade ou, mais especificamente, dos jovens em relação aos idosos. Na realidade, ela é também destes em relação àqueles. Associa-se a isto, a rejeição do idoso ao seu próprio envelhecimento. Os valores que norteiam a vida das gerações mais novas e o comportamento assumido perante os mesmos diferem frontalmente dos que nortearam as gerações mais velhas, que teimam em trazer para o presente valores culturais do passado, tentando impô-los aos demais (op. cit., p. 10).

Mercadante (2005) destaca que ser velho, em nossa sociedade, significa estar excluído de vários lugares sociais. *Um desses lugares, densamente valorizado, é aquele relativo ao sistema produtivo, o mundo do trabalho. Estar alijado do sistema produtivo quase que inteiramente define o “ser velho”* (p. 75). Tal fator espalha-se criando barreiras impeditivas de participação do velho em outras diversas dimensões da vida social.

Com isso, a autora salienta que a identidade dos idosos é construída em oposição à identidade do jovem, sendo opostas aos idosos as seguintes qualidades atribuídas aos jovens: *atividade, força, memória, beleza, potência e produtividade* (p. 76).

Ocupando lugar central nas sociedades ocidentais, a juventude é sinônimo de vitalidade física e capacidade intelectual e produtiva. Sob essa ótica, valoriza-se o mito da “eterna juventude”, através do culto à aparência, na perspectiva de atingir padrões de beleza

socialmente estabelecidos pela mídia e, também, por serem aqueles indivíduos que produzem bens para o capital. Nestes padrões narcisistas e de produtividade, resta ao velho ser tratado como “descartável” e visualmente “feio”.

Para Gusmão (2003), o corpo do idoso remete a um conjunto de representações através das quais sobressai a imagem da doença. A doença é um estado de impureza que representa um perigo porque é capaz de poluir e contagiar os outros. Daí evita-se a presença dos idosos, evita-se tocá-los, amá-los, isto porque eles representam a própria condição humana futura para os homens do presente. O medo da velhice e das doenças se tornou uma espécie de neurose na sociedade contemporânea.

No entanto, segundo Schraiber *et. al.* (2000), os serviços de saúde no Brasil não estão preparados para lidar com as demandas que os idosos apresentam, tendo em vista que a política de saúde deve ser pautada por uma nova abordagem, que possa reconhecê-los como cidadãos portadores de direitos com vistas à melhoria da qualidade de vida no processo político, na vida em comunidade e no autocuidado no âmbito familiar.

Estudos analisados por Schwanke (2009) *et. al.* referem que *apesar de a grande maioria dos idosos ser acometida por pelo menos uma doença crônico-degenerativa, frequentemente por várias doenças concomitantemente, alguns indivíduos permanecem com um bom estado de saúde na terceira idade* (p. 37).

Já que na velhice a ausência de doença é rara, deve-se buscar a satisfação com a vida por meio da reestruturação de um paradigma de saúde inovador que vá muito além da ausência de doenças, mas que seja pautado pela busca da qualidade de vida, como reflexo da autonomia – capacidade de decisão e de comando (NETTO e PONTE, 2005, p. 08) / capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios (SCHWANKE *et. al.*, 2009, p. 38) – e independência – capacidade de realizar algo com seus próprios meios (NETTO e PONTE, 2005, p. 10).

A saúde do idoso, sob este prisma, passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. O comprometimento de qualquer uma destas dimensões pode afetar a capacidade funcional do idoso (SCHWANKE *et. al.*, 2009, p. 38).

Portanto, a saúde do idoso demanda a integração de práticas e saberes multidimensionais e interdisciplinares por meio de uma avaliação geriátrica ampla (SCHWANKE *et. al.*, 2009). Os serviços de saúde no Brasil precisam dar um salto qualitativo que se paute por uma nova abordagem ao idoso, reconhecendo-o como cidadão portador de

direito com vistas à melhoria de sua qualidade de vida no processo político, na vida em comunidade e no autocuidado no âmbito familiar.

2.2 A necessidade de reorganização dos serviços de atenção à saúde do idoso

Para Netto e Ponte (2005), o declínio da capacidade funcional que ocorre durante o processo de envelhecimento humano associado com o aparecimento/agravamento de doenças crônico-degenerativas – como hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, perda gradativa da vista e da audição –, pode comprometer a habilidade de manutenção da independência. Por isso, as pessoas idosas são mais dependentes que os jovens.

Mas, ainda que a maioria dos idosos seja portador de doenças, é possível *sentir-se saudável, ativo em seu meio e ter boa qualidade de vida* (p. 08). Qualidade de vida, portanto, está intrinsecamente associada à autonomia e independência, que passam a ser indicadores de saúde para a população idosa.

Do ponto de vista biológico, os autores pontuam que o ritmo de declínio das funções orgânicas varia entre idosos da mesma idade, o que justifica a assertiva de que o envelhecimento produz efeitos diferentes para cada pessoa.

A questão que se levanta é se somente o declínio da capacidade física é responsável pela perda gradativa das funções biofisiológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento ou se fatores extrínsecos, rotulados como “estilo de vida”, como *tipos de dieta, meio ambiente, composição corpórea, causas psicossociais* (op. cit., p. 06) podem exercer papel determinante sobre as causas que diferenciam as múltiplas formas de envelhecer pelos indivíduos.

Por isso, na atualidade, tem se dado ênfase às ações benéficas que a adoção de estilos de vida saudáveis podem representar na melhoria das condições de saúde da população idosa, atentando para *a ação benéfica potencial do exercício, para observância da dieta adequada, para cessação do hábito de fumar, para moderação na ingestão de bebidas alcoólicas etc* (op. cit., p. 07). Estudos indicam que a adoção destas medidas revela número crescente de idosos saudáveis, cujo desempenho assemelha-se discretamente ao de adultos jovens, também saudáveis.

Entretanto, o número de idosos pertencentes a esta categoria é ainda inexpressivo, tendo em vista que fatores socioeconômicos e culturais são responsáveis pelo contexto de pobreza e exclusão social em que vive a maioria dos idosos brasileiros, o que leva a afirmar

que os efeitos do envelhecimento natural são agravados pelos fatores extrínsecos – estilo de vida – relatados (NETTO e PONTE, 2005).

Não é pretensão deste estudo enquadrar os idosos em expectativas criadas e comumente difundidas na contemporaneidade que associam a velhice como “a melhor fase da vida”, porque, de fato, não é, conforme explicita Fensterseifer (2009):

Como é penoso o fim de um velho! Ele se enfraquece a cada dia; sua vista cansa, seus ouvidos tornam-se surdos; sua força declina; seu coração não tem mais repouso; sua boca torna-se silenciosa e não fala mais. Suas faculdades intelectuais diminuem, e lhe é impossível lembrar hoje do que aconteceu ontem. Todos os seus ossos doem. As ocupações que até recentemente causavam prazer só se realizam com dificuldades, e o sentido do paladar desaparece. A velhice é o pior dos infortúnios que pode afligir o homem. O nariz entope, e não se pode mais sentir nenhum odor (p. 82).

Para o autor, a sociedade está transitando do “paradigma biológico” para um “paradigma da terceira idade”, que também contrapõe-se ao “paradigma cultural” (vinculado à perda da capacidade produtiva).

Este “paradigma da terceira idade” nega o paradigma da velhice, suspendendo os estereótipos biológicos e sociais que estão associados à doença, à morte e à aposentadoria, sugerindo eufemisticamente “terceira idade” à vinculação dos conceitos de atividade e independência.

O que em um primeiro momento deveria ser visto como algo positivo, um paradigma que sugere atividade e independência, quando não submetido a uma análise crítica, assume o caráter imperativo do “idoso saudável”, um dever-ser, que não se trata de uma escolha a ser feita respeitando as limitações dos idosos, mas atropela a ética, uma vez que nos defrontamos com o dilema de, por um lado, reconhecer que a velhice se constitui em estreitamento das possibilidades de escolha, em razão dos modelos sociais naturalizados, somando-se, por outro lado, à pressão psicológica (insatisfação) sofrida pelo “não enquadramento” no paradigma do “idoso saudável” (FENSTERSEIFER, 2009).

Esta idealização, esta promoção de estereótipos da “boa velhice” (que brinca, que corre, que trabalha) empobrece nossa percepção desta etapa da vida, pois não nos permite enxergar diferentes “possibilidades de viver”, mas enfatiza “deficiências a corrigir”. Esta é a base do discurso eugenista que promove a intolerância e a coisificação, tornando-nos incapazes de suportar a diferença e a individualidade, uma vez que esta promove aquela (op. cit., p. 86).

De acordo com Righi (2009), o envelhecimento da população e o aumento das ocorrências de doenças crônico-degenerativas demandam a necessidade de preparação e adequação dos serviços de saúde. No entanto, o modelo de atenção e de gestão da saúde expõe fragilidades no trato ao envelhecimento da população. *O atendimento episódico e sem continuidade, o número ainda reduzido de equipes de referência, barreiras arquitetônicas e falta de formação e capacitação para atender à nova demanda são exemplos de problemas não superados* (p. 108).

Segundo Schraiber *et. al.* (2000b), a política de saúde voltada aos idosos no Brasil surge quando esse grupo é percebido como extrato de consumo importante e socialmente “visível”. Essas políticas começaram a concretizar-se nos anos 80, no processo de reformulação do sistema de atenção à saúde que resultou no Sistema Único de Saúde (SUS).

A expansão da atenção específica em saúde para os idosos se deu em uma organização de trabalho predominantemente centrada no atendimento médico-individual às doenças crônico-degenerativas, como hipertensão e diabetes.

Na década de 80, estas doenças tiveram grande expressão no Brasil dentro do processo denominado de transição epidemiológica. É comum nos serviços públicos de saúde associar a velhice à doença crônica e a contínua abordagem de doentes crônicos centrar-se em atendimentos médicos individuais, quase sempre restritos às complicações clínicas.

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades mais avançadas, mas com o melhor estado de saúde possível e o máximo de autonomia para desempenhar suas atividades de forma independente.

O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo neste processo. Se considerarmos a dimensão social da saúde, tornam-se necessárias mudanças no paradigma atual de produção da saúde em direção à construção de um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa.

Para Pellegrini e Junqueira (2005), considerando que as queixas de saúde manifestadas pelos idosos devem ser compreendidas no interior de seu grupo social e apreendendo as vinculações de sua demanda com o que se passa no plano geral da sociedade capitalista, que se reflete em suas condições de vida, a abordagem mais adequada é a saúde coletiva, em que a equipe multiprofissional deve trabalhar de forma interdisciplinar, intervindo desde o nível de promoção da saúde, passando pela prevenção e a cura até a reabilitação.

Essa possibilidade demanda a reorganização dos serviços e a formulação de propostas inovadoras, envolvendo a participação dos profissionais, da família e da comunidade na busca

por estratégias que possam convergir para melhores condições de saúde e de vida da população idosa em determinada área de abrangência.

As práticas de saúde, nesse sentido, estão voltadas a operar tanto as dimensões biológicas quanto às socialmente dominantes da doença para que seja atingido um fim em dimensões positivas, tais como o bem-estar, o prazer e autonomia do idoso.

Para Litvoc e Brito (2004), o idoso e a família devem ser os protagonistas das ações transformadoras e os profissionais de saúde, os co-participantes deste processo. Deve-se envolver todos os agentes da equipe multiprofissional em uma perspectiva interdisciplinar, que extrapole as particularidades de cada trabalho específico, na busca de construção por uma intervenção mais abrangente e eficaz de dimensão ético-política transformadora.

A construção de um modelo de atenção à saúde inovador voltado ao idoso deve promover *a articulação do problema de saúde com as condições de vida dos indivíduos e grupos afetados, que deve ser investigada com profundidade e bem compreendida* (PELLEGRINI e JUNQUEIRA, 2005, p. 381).

Para que isso aconteça, é necessário um vínculo estreito entre profissionais do setor de saúde e a população pela qual são responsáveis. O estabelecimento de vínculos, segundo Pellegrini e Junqueira (2005), é de fundamental importância para que as ações planejadas e realizadas transformem a realidade de saúde e as condições de vida dos idosos.

Schraiber (2000b) indica que o primeiro passo é dar voz ao idoso por meio de entrevistas, cujo objetivo visa caracterizar sistematicamente a vivência da velhice pelos usuários, mediante a utilização de indicadores como: situação financeira e previdenciária, integração familiar e social e situação de autonomia e independência no cotidiano.

A entrevista é o contato direto e mais próximo dos profissionais de saúde com os idosos e podem propiciar uma abordagem mais ampla a respeito da velhice em sua natureza social, tendo em vista que as abordagens de saúde atribuem frequentemente ao velho o estatuto de doente.

Além disso, podem possibilitar investigações mais amplas que demandam intervenções mais diversificadas, para além das competências dos serviços de saúde, agindo, portanto em uma perspectiva de integralidade e universalidade (op. cit.).

A autora salienta que a ação programática da organização do trabalho em saúde tem um compromisso com o “humano”, ou seja, é preciso trabalhar de maneira articulada com usuários e profissionais de saúde a questão da assistência de modo totalitário, considerando a

demanda apresentada como “sintoma”, partindo-se desta a um conjunto sincrético de condicionantes para orientar a intervenção de modo educativo, preventivo e terapêutico.

Sendo as necessidades de saúde também necessidades sociais, para que se efetue uma assistência totalizadora, é necessário satisfazer as necessidades conhecidas, no caso as necessidades de saúde que se apresentam de forma imediata aos profissionais, mas indo além, para conhecer outras necessidades “não sentidas”.

As necessidades sociais que se constituem como necessidades “não sentidas” não são apresentadas de forma imediata aos profissionais de saúde. Elas vêm travestidas por meio da apresentação de um “sintoma” de doenças.

Essas necessidades sociais são carecimentos pertencentes à vida cotidiana, que não são diagnosticadas por meio da ciência médica porque são pertencentes à vida social do usuário, mas que estão diretamente imbricadas às suas condições de saúde, dentro da dimensão subjetiva do processo saúde-doença.

A atenção básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade das ações, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (SCHRAIBER, 2000a).

No trabalho das equipes da atenção básica, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação dos usuários nas redes de apoio socioassistencial são alguns dos recursos indispensáveis para atuar nas dimensões cultural e social. Caso não exista infra-estrutura adequada para reunião com grupos de lazer e convivência, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem buscar integração com profissionais de outros Centros para encaminhar os idosos (BRITO e RAMOS, 2005).

Entretanto, para Schraiber (2000), a atenção primária tem sido reduzida a uma medicina simplista e de baixo custo voltada para o pobre porque conta com poucos equipamentos tecnológicos e apoia-se no conhecimento dos profissionais no planejamento de ações de acordo com as necessidades da comunidade.

Bravo (2007) sinaliza que em 1994, o Ministério da Saúde adotou a Estratégia Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da atenção básica e estruturação do sistema de saúde.

A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população de uma determinada área de abrangência na

perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais.

A atenção básica, por intermédio do Programa Saúde da Família (PSF), é a “porta de entrada” do sistema de saúde, que deve primar por uma assistência integral por atingir as dimensões biopsicossociais do ser humano, não mais considerando este apenas como um corpo doente.

O PSF (implantado em 1994, mas ganhou expressão somente em 1995) foi desenvolvido para que as equipes de saúde pudessem trabalhar focando o território de abrangência, o conhecimento de seus usuários, por meio do cadastramento e acompanhamento da população de uma determinada área, passando a ter na família e no seu meio social o centro de atenção à saúde, ultrapassando o viés biologizante e curativo que marcara por muito tempo o processo saúde-doença no Brasil.

Através do PSF, foi possível a reorganização da demanda *à medida que se propôs a agir preventivamente, identificar as necessidades em saúde daquele território e organizar a demanda a partir da comunidade, das famílias e dos domicílio*” (p. 106), assumindo uma visão ativa da intervenção em saúde não mais perpetuando o processo tradicional de aguardar a demanda chegar à unidade de saúde.

Assim, fala-se em atenção primária e básica, simultaneamente. A atenção primária constitui-se obrigatoriamente como a porta de entrada da rede socioassistencial. Ao mesmo tempo, possui um nível próprio de atendimento e deve ir resolvendo uma dada gama de necessidades que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual, denominada necessidades básicas de saúde.

Para tanto, exige-se um conjunto de ações integradas que envolvem um trabalho complexo para fazer da unidade básica de saúde uma assistência de alta capacidade resolutiva e ao mesmo tempo de alta sensibilidade diagnóstica para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial.

Para que a unidade básica seja uma efetiva estratégia de extensão de serviços, é necessário que a unidade domine a complexidade epidemiológica de sua população-alvo, mas não só restringir-se as doenças, mas buscar aproximar as relações interpessoais entre a equipe de saúde e os usuários assistidos em determinado território de abrangência. Dominar em termos de seu conhecimento e em termos de técnicas de atenção integral compatíveis, resultando na boa qualidade dos serviços prestados.

Segundo Brito e Ramos (2005), o serviço de saúde deverá se organizar para assumir o idoso em toda a sua complexidade social. A equipe de uma UBS deverá trabalhar dentro do conceito de prática gerontológica progressiva, que promove a união dos serviços médicos e sociais.

Shwanke *et. al.* (2009) afirma que a gerontologia social se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais desse processo. Atitudes em relação à velhice, práticas e políticas sociais, formas de gestão da velhice pelas instituições sociais e pelas organizações governamentais e não-governamentais, índice de bem-estar das populações idosas, redes de suporte social, relações intergeracionais são temas importantes a serem trabalhados neste modelo.

Para isso, diversos profissionais, como médico (clínico ou geriatra), enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e outros, deverão avaliar individualmente cada caso e atuar de maneira conjunta no atendimento grupal, o que requer disponibilidade das equipes existentes, bom senso e criatividade (NETTO e PONTE, 2005).

O Pacto pela Vida em Defesa do SUS, publicado em 2006 pelo Ministério da Saúde, apresenta a saúde do idoso como uma das seis prioridades. No campo da organização da atenção, assume como diretrizes, dentre outras, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a atenção integral e integrada, os estímulos às ações intersetoriais, visando à integralidade, a criação de serviços de atenção domiciliar e o acolhimento preferencial, segundo critérios de risco, em unidades de saúde. Lista também o fortalecimento da participação social, a formação permanente, a divulgação e cooperação entre experiências nacionais e internacionais e o provimento de recursos para assegurar a qualidade da atenção e para a pesquisa.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa reconhece que embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. O Estatuto do Idoso (2003), a Política Nacional do Idoso (1994) e a ampliação da atenção básica aparecem como avanços que revelam a existência de idosos e famílias frágeis e em situações de grande vulnerabilidade social.

Righi (2009) destaca que os principais desafios nos serviços de saúde concerne à falta de equipes com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, mas principalmente, falta criar redes de assistência à saúde do idoso.

A configuração das redes de atenção à saúde defronta-se com o modelo de desenvolvimento hegemônico e propostas alternativas. É preciso recuperar o conceito de território que, na atual organização e gestão do modelo de saúde, é refém de um conjunto de normatizações que estratifica os serviços por níveis de complexidade.

A autora diferencia a ideia de serviços articulados e torna de uma mesma área ou política e serviços articulados pela sua inserção territorial. No primeiro caso, estão alinhados equipamentos que se distinguem e se complementam na produção do cuidado a grupos, áreas ou necessidades identificáveis, tais como a saúde mental, saúde do idoso, atendimento ao câncer, urgências etc. No segundo caso, a formação de uma outra rede é constituída pelos diferentes equipamentos das diversas áreas (exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial) e aqueles que atuam em várias áreas (UBSs e hospitais).

Apesar da diferenciação pela área de atuação ou característica de intervenção no processo saúde-doença, o que eles têm em comum é o pertencimento a um determinado lugar ou região, ou seja, a um mesmo território.

A proposta das redes territoriais deve ser horizontalizada porque se dá dentro de um mesmo território visando seu desenvolvimento, em oposição à ideia da verticalidade onde, por mais que as instituições se instalem em um mesmo entorno, não conseguem ganhar força articuladamente em razão da ausência da intersetorialidade e interdisciplinaridade.

A projeção de redes de atenção a partir das necessidades de uma área ou Política leva a uma rede com escassos vínculos territoriais e com pouco sentido para os cidadãos para que dela se utilizam. A principal contribuição que a utilização do conceito de rede pode trazer para a qualificação das ações de saúde para os diferentes grupos populacionais para diferentes necessidades de cuidado, é o desenvolvimento da capacidade de trabalhar em rede. A criação dos serviços mais adequados a necessidades que a realidade sanitária, demográfica ou epidemiológica vai apresentando não parece ser condição suficiente para sua caracterização como rede de atenção (op. cit., p. 112).

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Mas, em nada adianta prolongar os anos de vida sem poder viver dignamente. E para viver de forma digna, é necessário ter acesso aos direitos sociais e políticas públicas de qualidade. Assegurar o exercício da cidadania não se dá apenas pela proteção que a lei assegura, mas fundamentalmente pela possibilidade dos idosos se tornarem agentes politizados e críticos para conduzir seus próprios processos de mudança e, assim, serem sujeitos de suas próprias histórias, respeitados pelo que são e não por seus cabelos brancos.

2.3 Os direitos dos idosos nos campos da saúde e da assistência social

Os idosos inserem-se nas políticas de saúde e assistência social na busca da solicitação de serviços que garantam o controle e recuperação de suas doenças, tendo em vista que em sua maioria são portadores de doenças crônico-degenerativas, e também na requisição de inclusão em programas de convivência para o desenvolvimento da sociabilidade, que muitas vezes se realiza por meio de atividades físicas e de lazer, além da solicitação de benefícios assistenciais para a manutenção de sua sobrevivência, quando não são aposentados.

Embora a década de 80 tenha sido considerada como a “década perdida” para alguns autores, em razão das altas taxas de inflação e agravamento das desigualdades sociais, foi nesse período que houve a efervescência dos movimentos sociais na luta pela construção de uma nova cultura política pautada na participação, distribuição do poder, descentralização político-administrativa e controle público e democrático.

Segundo Lobato (2007), os direitos sociais dos idosos ganharam legitimidade política pela primeira vez com a promulgação da Constituição Federal de 1988, por intermédio das *“reivindicações das associações e confederações dos aposentados”* (p. 140).

A Política Nacional do Idoso – PNI (Lei nº 8.842 de 04.01.1994), criada durante o governo Itamar Franco, foi fruto de um documento intitulado “Políticas para a Terceira Idade nos anos 1990”, elaborado num grande seminário realizado em Brasília na década de 1980 pela Associação Nacional de Gerontologia (ANG), que contou com a participação de várias entidades interessadas na criação de políticas sociais para os idosos.

A PNI (1994) explicita o dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar os direitos de cidadania dos idosos, garantindo sua participação na comunidade, na defesa da dignidade, à vida e ao bem-estar. Os direitos sociais dos idosos devem ser assegurados por meio de condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Entretanto, Donato e Canôas (2005) argumentam que se os profissionais que trabalham com os idosos realmente acreditam que eles são cidadãos de direitos, terão que fazer uma profunda reflexão acerca de seus discursos e práticas, para que o termo cidadania não faça apenas parte de seus propósitos e fraseologias.

Em outras palavras, a garantia dos direitos no papel não significa que eles estão sendo de fato efetivados. Para Torres & Sá (2008), os direitos sociais se efetivam no momento em que os sujeitos adquirem consciência acerca de suas vivências cotidianas e constroem formas

de lutas individuais e coletivas na busca por melhores condições de vida e, dependendo do nível de organização social, contribuem para o exercício da democracia e justiça social.

As autoras observam que o maior desafio das políticas sociais é garantir a proteção básica de qualidade, como o acesso à saúde, à educação, à habitação, dentre outros. Os serviços de proteção básica impedem o agravamento de doenças e a prevenção de riscos de vulnerabilidade social. *Por proteção social, entende-se o conjunto de ações que visam prevenir riscos, reduzir impactos que podem causar malefícios às pessoas e, conseqüentemente, à vida em sociedade* (op. cit., p. 05).

Destaca-se neste contexto a promoção em saúde dos idosos, na perspectiva da consolidação dos direitos sociais. A promoção em saúde caracteriza-se pela união dos serviços de saúde com os serviços sociais, fazendo com que seja possível articular um conjunto de ações preventivas e numa perspectiva de integralidade, tendo em vista as condições de vulnerabilidade e marginalização social que influem diretamente sobre suas condições de saúde.

A legislação social no campo da saúde aponta para a criação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), promulgada pelo então Ministro da Saúde José Serra, cujas diretrizes são: *promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas* (LOBATO, 2007, p. 141).

No âmbito da assistência social, a PNI (1994) estimula a criação de programas que promovam o resgate da autoestima do idoso, a superação de doenças, recuperação da memória, além de propiciar novos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades. Os centros de convivência e as universidades abertas da terceira idade constituem-se como espaços potencializadores para o desenvolvimento da sociabilidade e construção da cidadania do idoso por meio da participação social.

Na perspectiva da promoção em saúde, Lobato (2007) indica dois pontos centrais a serem trabalhados: *o desenvolvimento de habilidades pessoais (aprendizagem, auto-estima e outras) e a reorientação dos serviços de saúde (humanização, integralidade da atenção, conceito amplo de saúde e interdisciplinaridade)*, devendo, além disso, implementar estratégias que impulsionem a ação comunitária.

No âmbito da assistência social, esta política pode ser redimensionada para o âmbito do direito, rompendo com a cultura da tutela, à medida que a prestação dos serviços

assistenciais deve vir acompanhada de um trabalho sócio-educativo, que tanto pode ser desenvolvido para o enquadramento disciplinador (socialização) ou para fortalecer a luta das classes populares.

A assistência social é concebida, portanto, como espaço político, no fortalecimento dos processos organizativos dos setores populares e realização dos direitos sociais enquanto formas concretas materializados em bens e serviços.

Quando se fala em direitos sociais, os assistentes sociais participam deste processo de transformação social, sendo solidários à luta por um envelhecimento bem-sucedido. As possibilidades de seu trabalho podem reforçar e fortalecer os direitos sociais. A perspectiva ideológica de classe permite vislumbrar a possibilidade do profissional atuar não só como crítico na formulação das políticas sociais, mas a nível de mobilização política das classes subalternas (Silva, 2009).

O trabalho do assistente social com os idosos deve possibilitar a instrumentalização política deste estrato populacional, através da explicitação e consequente tomada de consciência de suas condições de vida e fortalecimento do papel político deste segmento para que seja estimulado a reivindicar seus direitos sociais. Ao mesmo tempo, estimula as ações que visam a autonomia, a preservação das habilidades e potencialidades pessoais e contribuições acerca da manutenção de um convívio familiar saudável (TORRES e SÁ, 2008).

2.4 O desafio do envelhecimento ativo e bem-sucedido

A relação da saúde com a velhice não se dá somente em razão do controle das doenças crônicas, mas principalmente pelo significado holístico que o conceito de saúde apresenta que, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), refere-se a um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social, incluindo a necessidade de considerar os vários determinantes do estado de saúde das populações (ALBUQUERQUE, 2008).

No início deste século XXI, as proposições em torno da velhice caminham rumo à construção de novos projetos de vida, o que exige primeiramente que as pessoas gozem de um bom estado físico de saúde. Um conceito que vem ganhando expressão é o do “envelhecimento ativo”, que designa o envelhecimento como uma experiência positiva.

Segundo a autora, o “envelhecimento ativo” é definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um processo de otimização de oportunidades de bem-estar físico, mental

e social através do curso da vida, de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice. Recentemente, a OMS reforçou este conceito ao precisar que o “envelhecimento ativo” é baseado no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e dos princípios de independência, participação, dignidade, cuidados e autodesempenho.

Nesta definição, os principais fatores que compõem o “envelhecimento ativo” são: a união dos serviços de saúde com os serviços sociais, tendo como foco a promoção da saúde, a prevenção e controle das doenças e articulação dos serviços no eixo da atenção primária; determinantes pessoais, biológicos e comportamentais, que se dá por meio da adoção de estilos de vida e hábitos saudáveis, como uma alimentação adequada, não fumar nem ingerir bebidas alcoólicas, praticar atividades físicas, não fazer uso largo de medicamentos e participação ativa no autocuidado; ambiente físico adequado para prevenir acidentes, como quedas; determinantes sociais, com ênfase nos direitos sociais que assegurem proteção aos idosos e prevenção de abusos contra sua integridade física, psicológica, social e moral e determinantes econômicos, valorizando a inserção dos idosos em alguma atividade produtiva que lhe permita complementar sua renda financeira em articulação com a família e a comunidade.

Outro conceito muito difundido é o do “envelhecimento bem-sucedido”. Albuquerque (2008) refere que este termo apareceu pela primeira vez na gerontologia nos anos 1960 trazendo uma mudança ideológica no sentido de romper com a ideia que considera o envelhecimento e a velhice como *sinônimos de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento* (p. 28).

Nesse sentido, a gerontologia (*gero* significa velho e, *logia*, estudo – geriatria estudo clínico da velhice) passou a investigar os aspectos positivos da velhice e, principalmente, a heterogeneidade, a multidimensionalidade e a multicausalidade deste processo.

Embora não haja uma definição única a respeito do “envelhecimento bem-sucedido”, tendo em vista que não se trata apenas de um fenômeno biológico, mas também construído socialmente, Litvov e Brito (2004) apontam a presença de três fatores essenciais que estão correlacionados a este conceito: a baixa probabilidade de doenças e de incapacidade relacionada a elas, boa capacidade funcional, tanto física como cognitiva, e participação ativa na comunidade.

Tanto os termos “envelhecimento ativo” quanto “envelhecimento bem-sucedido” fazem alusão ao conceito de qualidade de vida. Ainda de acordo com Albuquerque (2008), “qualidade de vida” é um conceito difícil de ser precisado, pois comporta um conjunto de

componentes que se relacionam com o bem-estar humano, como “modo de vida”, “nível de vida”, “condições de vida” e “satisfação”, e que difere de uma pessoa para outra. A título de exemplo, um idoso pode gozar de uma boa saúde, mas não dispor de uma boa qualidade de vida em razão de fatores relacionados à solidão e segregação familiar.

Em geral, “qualidade de vida” *engloba o campo econômico e uma vasta lista de necessidades, recursos e valores individuais, até a consideração das preocupações, problemas e objetivos societários que conformam a política social* (p. 74). O que importa destacar é que o termo tem sido um importante referencial para a avaliação das necessidades de saúde.

A autora pontua que a relação da “qualidade de vida” com a saúde vem desde a definição do conceito de saúde pela OMS, incorporando a noção de bem-estar físico, social e emocional e que o termo supracitado constitui-se como um indicador capaz de medir o bem-estar.

Condições de vida, estilo de vida e situação de vida são parâmetros que expressam a “qualidade de vida” dos sujeitos. Para Setién (1993) *apud* Albuquerque (2008), as áreas que compreendem a qualidade de vida estão concentradas em saúde, trabalho, habitação, ócio, renda, seguridade, família, distúrbio físico-social, educação, religião e política. Em nível macroestrutural e como metas de longo prazo, a “qualidade de vida” pode representar *uma vida longa com um melhor estado de saúde, condições distribuídas equitativamente entre os indivíduos e os grupos que formam a comunidade* (p. 83).

Para Minayo (2000) *apud* Albuquerque (2008), o conceito de promoção da saúde é o foco mais relevante da avaliação da qualidade de vida no âmbito da saúde. Saúde, portanto, transformou em um conceito multidimensional que incorpora diversos aspectos da vida no plano dinâmico e pessoal, pois *se a perspectiva de vida, as relações, os papéis sociais e as expectativas mudarem, o estado de saúde também se altera* (p. 85).

No entanto, vários autores criticam esta avaliação, pois, apesar de reconhecer que muitos determinantes da qualidade de vida se situam em outros setores (além da política de saúde), o sistema de saúde não intervém sobre eles. Existem aspectos que influenciam diretamente sobre as condições de saúde, como renda, liberdade e qualidade do meio ambiente, mas que não são valorizados como saúde nem incorporados nos serviços de saúde para a população.

Esta limitação acaba reduzindo o conceito de “qualidade de vida” à questão médica e sanitária que se reduz ao bem-estar físico por meio do controle de doenças. A perspectiva da

integralidade da atenção topa com os entraves de concretização da interdisciplinaridade e intersetorialidade. É utópico pensar que os serviços de saúde, considerados isoladamente, tenham capacidade de oferecer uma atenção na perspectiva de totalidade. Para tanto, é necessário uma mudança de cultura e de paradigmas que reorganizem as políticas públicas como condição primeira do efetivo exercício da cidadania e da justiça social.

CAPÍTULO 3 – A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA E PEDAGÓGICA DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO EM SAÚDE NA VELHICE

Frente aos novos desafios que as demandas dos idosos apresentam ao Serviço Social, os assistentes sociais se deparam com a necessidade cotidiana de reinventar sua intervenção na perspectiva de concretização dos direitos sociais em prol de uma velhice ativa e com qualidade de vida.

O paradigma da promoção em saúde, que entende o conceito de saúde vinculado às dimensões da vida social, oferece estratégias fundamentais para o desenvolvimento do trabalho do assistente social correlacionando a dimensão educativa de seu trabalho em uma perspectiva emancipatória dos sujeitos sociais.

A articulação entre as políticas de saúde e assistência social em atenção ao paradigma da promoção à saúde sinaliza alternativas para que os assistentes sociais fortaleçam os direitos sociais dos idosos, instrumentalizando-os no processo de tomada de consciência sobre as questões que lhes dizem respeito e, assim, impulsionando sua participação na vida social e política da sociedade.

Na intenção de preservar a identidade dos sujeitos entrevistados nesta pesquisa e, assim, garantir seu anonimato, atribuiremos os seguintes códigos para caracterizar suas falas, destacando o lócus pesquisado que particulariza a atuação profissional em cada instituição: UBS 1 – Assistente Social, UBS 2 – Assistente Social (para Unidades Básicas de Saúde), CAIMI 1 – Assistente Social, CAIMI 2 – Assistente Social (para Centros de Atenção Integral à Melhor Idade), CCF – Assistente Social (para Centro de Convivência da Família) e CCI – Assistente Social (para Centro de Convivência do Idoso).

3.1 Concepção de saúde e a ação profissional do assistente social

Para pensar a relação entre o Serviço Social e a política de saúde, é necessário fazer referência aos anos 1980. Esta década é fundamental tanto para entender o processo de maturidade da profissão articulada à tradição marxista quanto o movimento de Reforma Sanitária, que culminou na formulação do Sistema Único de Saúde – SUS. É na referência da reforma sanitária que o Serviço Social ganha novos contornos em sua atuação no âmbito da saúde, pois é quando esta política ganha o estatuto de direito social.

A intervenção do Estado no âmbito da saúde se deu a partir de 1930, período que ocorreu o surgimento do Serviço no Brasil. De acordo com Cohn *et. al.* (2006), o primeiro esboço da política de saúde foi ensaiado em 1923 com a criação da lei Eloy Chaves que regulamentou a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para organizações trabalhistas ligadas à produção exportadora, pois os países importadores estavam cada vez mais exigentes com a qualidade dos produtos e os navios e portos ainda mantinham níveis de higiene insalubres, exportando doenças.

As CAPs se constituíram como um seguro social organizado pelas empresas, administrados e financiados para empresas e trabalhadores. Essa modalidade de seguro era mais comum nas empresas de grande porte e beneficiava poucas categorias profissionais.

A partir de 1930 no governo de Getúlio Vargas, esse modelo se definiu e ampliou através da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Nesse período inicia-se um processo de maior intervenção do Estado na sociedade e na economia, definindo um projeto econômico baseado na industrialização.

Até 1945 foram criados sete IAPs que passaram a beneficiar as categorias de marítimos, industriários, transportadores de carga, bancários, comerciários, estivadores e servidores do Estado. Mais tarde, a categoria de estivadores foi incorporada ao dos transportadores de carga, reduzindo para seis o número de Institutos.

Entretanto, o critério de inclusão se manteve restrito aos profissionais que possuíam vínculo formal de trabalho. Por isso, essa proteção não alcançava a maior parcela da população, principalmente os mais carentes, que contavam com a caridade e assistência dos hospitais e dos profissionais de saúde, das Santas Casas de Misericórdia e dos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde.

Nesse sentido, para Bravo e Matos (2007), as ações do Estado estavam organizadas em dois setores, a saúde pública e a medicina previdenciária. O subsetor da saúde pública vigorou até meados dos anos 1960 e promoveu o controle e a prevenção de doenças transmissíveis, fazendo com que fossem asseguradas condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, em menor escala, para quem vivia no campo. O subsetor de medicina previdenciária, por sua vez, passou a sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 – período em que o governo unifica todos os IAPS num sistema único, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), passando a concentrar todas as contribuições previdenciárias, incluindo a dos trabalhadores do comércio, da indústria e dos serviços – e foi marcado pela prática

médica curativa, a privatização dos serviços médicos e a diferenciação do atendimento à “clientela”.

A conjuntura de 1930 a 1945 marca o surgimento do Serviço Social no Brasil, mas a área da saúde não foi a que concentrou o maior quantitativo de assistentes sociais. A partir da expansão da profissão no Brasil em 1945, dada às exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no país, é que se amplia a intervenção dos profissionais na área da saúde (BRAVO e MATOS, 2007).

Estudos realizados por Bravo e Matos (2007) apontam ainda que foi a partir de 1948 que a saúde se transformou no maior campo de absorção de assistentes sociais, tendo em vista a proposta desenvolvimentista para acelerar o crescimento econômico no país, mas, sobretudo, em razão da elaboração do novo conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Este novo conceito surge a partir da preocupação de organismos internacionais com o agravamento das condições de saúde da população, especialmente dos países periféricos, além de críticas ao modelo curativo que se mostrava insuficiente e a necessidade de racionalização dos custos.

Nogueira e Miotto (2007) referem que o novo conceito de saúde direcionou o foco de atenção para os aspectos biopsicossociais em oposição ao paradigma mecanicista que centralizava o trabalho na medicina e tinha como finalidade a cura de doenças. Isso foi motivado pela evidência de que *fatores socioeconômicos, culturais e ambientais são determinantes das condições de vida e saúde* (p. 228), por isso, as necessidades de saúde não residem unicamente em não estar doente.

A partir da introdução de conteúdos de prevenção e educação em saúde, foi necessária a requisição de outros profissionais, como o assistente social. Mas, ao enfatizar a prática educativa em sua intervenção, os profissionais focalizavam a dimensão clínica, atuando sobre o modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde.

Apesar de se falar em propostas preventivas e racionalizadoras de custos, os Centros de Saúde no Brasil, criados na década de 1920, só absorveram os assistentes sociais a partir de 1975. Enquanto isso, a atuação dos profissionais se concentrou nos hospitais e ambulatórios, onde se utilizavam das funções de *plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária* (BRAVO e MATOS, 2007, p. 199).

De acordo com Bravo e Matos (2007), o Serviço Social Médico, como era chamado, vigorou de 1965 a 1975 e foi reflexo da perspectiva modernizadora adotada pela ditadura militar. Neste período, a intervenção do assistente social na saúde focava a dimensão curativa,

priorizando o atendimento individual, cuja dimensão educativa motivava o engajamento do “cliente” no tratamento. Na assistência médica previdenciária foram *ênfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios* (p. 202).

A partir de 1974 o bloco no poder não conseguiu consolidar sua hegemonia, modificando gradualmente sua relação com a sociedade civil. Inicia-se, então, uma nova fase na área da saúde com o início da Reforma Sanitária coincidindo com a retomada do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, abortado no período da ditadura militar, trazendo os questionamentos acerca das bases tradicionalistas e conservadoras arraigadas no exercício profissional.

Entretanto, até 1979 o Serviço Social permanece sem grandes alterações de intervenção na área da saúde. Na visão de Bravo e Matos (2007), isso se justifica porque o processo de renovação do Serviço Social restringiu-se a um movimento de revisão interna que não conseguiu estabelecer nexo direto com a construção de práticas democráticas, como o movimento pela Reforma Sanitária. O maior descompasso se encontra no fato de que os profissionais que se inserem à frente do Movimento de Reconceituação estão dentro das Universidades e pouco intervêm nos serviços, apresentando poucas mudanças na atuação no âmbito das instituições.

Enquanto isso, as pressões no setor de saúde avançam a partir da década de 1980, contando com a participação de profissionais da área e organizações da sociedade civil, o que resultou no Movimento pela Reforma Sanitária, cuja principal proposta é *a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais* (BRAVO, 2010, p. 10).

O fato mais marcante e fundamental para a discussão da saúde no Brasil foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. O relatório final destaca a saúde como um direito social e fundamenta-se em dois eixos centrais. O primeiro eixo estabelece uma nova concepção de saúde com ênfase nos determinantes sociais do processo saúde-doença, como melhores condições de vida e trabalho e o segundo eixo, a reformulação do sistema nacional de saúde, separando totalmente saúde de previdência, por meio da construção do Sistema Único de Saúde – SUS, atentando para os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social, articulação entre as unidades políticas (União, Estados e municípios) e efetiva responsabilidade do Estado.

Estas propostas foram absorvidas na Constituição Federal de 1988 e mais tarde na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90). Mas, se por um lado a década de 1980 foi

marcada por significativas vitórias dos movimentos sociais organizados no âmbito social e político, por outro, significou derrota no campo econômico, o que implicou a adoção de medidas neoliberais para conter a crise, que incidem no silencioso desmonte da seguridade social e no dismantelamento dos direitos sociais.

Segundo Bravo (2010), inicia-se a partir de 1989 um conjunto de reformas no âmbito do Estado sob a orientação de organismos financeiros internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional – FMI, que preconizam a redução do papel do Estado e a ampliação da intervenção do mercado.

Tais medidas resultam no desemprego estrutural, políticas sociais de caráter focalizado, assistencialistas e seletistas, transferência dos serviços sociais para o mercado e a sociedade civil, precarização do trabalho e sucateamento da saúde e da educação (MONTAÑO, 2007). O neoliberalismo coloca em xeque o Projeto de Reforma Sanitária que resultou na formulação do SUS e a consolidação do Projeto de Saúde articulado ao mercado ou Privatista, hegemônico a partir dos anos 1990.

O Projeto de Saúde articulado ao mercado ou Privatista desresponsabiliza o Estado de seus deveres, pautando-se numa Política de Ajuste por meio da *contenção de gastos, com racionalização da oferta, a descentralização, com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização* (BRAVO, 2010, p. 200).

Ainda segundo Bravo (2010), a tarefa do Estado nesse processo consiste em garantir àqueles que vivem à margem da pobreza e vulnerabilidade social, ou seja, aos que não podem pagar, o mínimo de atenção à saúde por meio de serviços burocratizados, lentos e desarticulados nas esferas de atenção à saúde, ficando para o setor privado o atendimento das pessoas com poder de compra no mercado.

A autora destaca que o Serviço Social chega à década de 1990 com incipientes avanços em sua intervenção no âmbito da saúde e continua desarticulado do Movimento de Reforma Sanitária, com estudos que focalizam o trato exclusivo na perspectiva da prática médica, que se desdobram fundamentalmente em dois eixos. Primeiro, são profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, mas como sanitaristas, e o segundo aspecto, com mais vigor na atualidade, refere-se ao privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos, o que se denomina como Serviço Social Clínico.

Sobre tais observações, é possível tecer as seguintes reflexões. Não se trata do profissional recusar atividades de direção de unidades de saúde, controle dos dados

epidemiológicos, dentre outras, que lhe foram oferecidas por seus próprios méritos de competência. O dilema reside quando o assistente social não consegue mais identificá-las como parte de suas competências e atribuições reconhecidas legalmente em seu Código de Ética Profissional (1993), onde são qualificadas como atividades de gestão, assessoria e pesquisa.

Outra questão é o distanciamento da função social da profissão ou o obscurecimento de seus objetivos. Na área da saúde, a intervenção do assistente social deve passar pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos ou culturais que interferem no processo saúde-doença. O profissional deve considerar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário, mas isso não significa pautar sua intervenção nos aspectos psicológicos e nem desenvolver formas de trabalho de acordo com as diferentes especialidades da medicina.

Ainda que o projeto privatista de saúde venha requisitando aos assistentes sociais: *seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais*, o projeto de Reforma Sanitária demanda que o profissional trabalhe as seguintes questões: *busca de democratização do acesso às unidades e serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação das unidades de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã* (BRAVO e MATOS, 2007, p. 36).

Com a imposição do neoliberalismo, o Projeto Ético-Político do Serviço Social e a Reforma Sanitária parecem andar na contramarcha da história, pois ambos preconizam a efetivação de direitos por meio da construção de uma sociedade mais justa em meio a um contexto de retração do Estado e primazia do mercado.

No entanto, as diretrizes do SUS sinalizam uma concepção ampliada de saúde que foram apropriadas pelo Serviço Social, conferindo-lhe um estatuto diferenciado. Ao se falar em concepção ampliada de saúde, a ênfase recai no reconhecimento dos determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença. Nessa linha de pensamento, são construídas modalidades de atenção inovadoras que atentam para os condicionantes que influenciam as condições de saúde da população, como a questão social, e a promoção da saúde vem ocupando um lugar de destaque, abrangendo a interlocução de distintas disciplinas, buscando assegurar *práticas de saúde que respondam não às relações de mercado, mas a direitos humanos* (NOGUEIRA e MIOTO, 2007, p. 230).

Mioto e Nogueira (2007), utilizando os estudos de Buss (2003), explicitam duas concepções sobre promoção da saúde que convergem para rumos distintos. A primeira ideia corresponde a um conceito moderno, resultante de discussões em grandes conferências internacionais e entende a promoção da saúde como fator essencial para o desenvolvimento humano, pois fundamenta-se em valores como a *vida, democracia, cidadania, participação, dentre outros*, associados a um *conjunto de estratégias envolvendo ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais* (p. 277).

Em outra direção, o conceito de promoção da saúde está atrelado à relação da saúde como ausência de doença. As medidas preventivas são enfatizadas através de mecanismos educativos que promovem a mudança de hábitos e estilos de vida que acusam comportamentos de risco de desenvolvimento e agravamento de doenças. Essa visão coloca o controle e a responsabilidade da saúde sobre os próprios indivíduos.

Constatada a insuficiência deste modelo centrado nos aspectos biológicos do processo saúde-doença para tratar as questões de saúde, tendo em vista que *sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias* (BUSS, 2003 *apud* MIOTO e NOGUEIRA, 2007, p. 278), é pensado um conceito moderno de promoção da saúde que compreende as necessidades de saúde como necessidades humanas e sociais. Não é possível compreender as necessidades de saúde sem considerar que são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural.

Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado (NOGUEIRA e MIOTO, 2007, p. 229).

Esta proposta radicaliza a concepção de saúde para além do que está contido no SUS à medida que propõe a construção de um modelo de atenção integral por meio da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, mas principalmente está articulada à implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e de uma leitura crítica da realidade que possibilite a transformação positiva dos determinantes que influem nas condições de saúde.

Nestes termos, a saúde passa a ser comumente associada à qualidade de vida. Entretanto, este conceito tem sido equivocadamente difundido como *a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, conceito fortemente vinculado ao desenvolvimento de consumo num mercado repleto de soluções mágicas para todos os problemas* (p. 279), fazendo com que recaia principalmente sobre o indivíduo a responsabilidade por sua própria saúde.

Por isso, a promoção de saúde deve adquirir um significado estratégico, que reforce os princípios da reforma sanitária. Portanto, deve perpassar todos os níveis de complexidade – a prevenção, a promoção e a cura – e envolver *um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de saúde* (p. 278), o que implica considerar o princípio da integralidade previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que reconhece o homem em sua totalidade.

O Ministério da Saúde delega à atenção básica a responsabilidade da promoção em saúde. Este nível de complexidade deveria resolver 85% dos agravos, de acordo com a Portaria nº 648/GM de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e evitar, com isso, que a demanda se concentre nos níveis mais caros do sistema, como os hospitais. Para isso, utiliza técnicas de alta complexidade e baixa intensidade, pois conta com poucos equipamentos tecnológicos e baseia-se no conhecimento dos profissionais.

De acordo com esta resolução, o Ministério da Saúde regulamenta que:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 1996).

Não se sabe se a atenção básica seria a porta de entrada mais adequada para garantir um modelo inovador de promoção da saúde e, assim, construir a integralidade da atenção prestada. Isso porque a interlocução com os demais níveis de saúde *têm obtido resultados que não impactam positivamente a população* (p. 235), seja por falha dos mecanismos de referência e contra-referência, que são externamente propostos e raramente concretizados – como no caso da *viabilização de encaminhamentos internos e externos sem continuidade interna ou externa à unidade de saúde, o que se constitui em ações imediatas, isoladas e assistemáticas* (VASCONCELOS, 2007, p. 249), ao invés de interdisciplinares – e também o despreparo dos profissionais para entender e atuar na dimensão social do conceito de saúde.

Por essa razão, enfatiza-se o princípio da integralidade, que tem papel fundamental na abordagem do homem na sua totalidade, como produto e produtor de um contexto social, econômico, histórico e político e também, na articulação e garantia de acesso aos diferentes níveis de complexidade que extrapolam os serviços de saúde.

Cecílio (2004) *apud* Nogueira e Miotto (2007) aborda duas dimensões a respeito do conceito de integralidade. A *focalizada* que se realiza nos serviços de atenção à saúde, através de ações interdisciplinares pela equipe multiprofissional, que busca articular seus conhecimentos para desvelar as necessidades sentidas e não sentidas da população e a *ampliada*, que preconiza a articulação dos serviços em uma rede complexa, composta por outros serviços em outras instituições, na perspectiva de complementaridade.

A integralidade focalizada é realizada e praticada nos diversos serviços de saúde, frutos de esforços de diferentes equipes multiprofissionais que buscam realizar ações interdisciplinares. Nesses espaços sócio-institucionais, a integralidade se realiza pelo compromisso ético-político e competência técnica dos profissionais a partir da relação com o usuário. Ou seja, ouvir cuidadosamente, apreender, compreender e analisar para identificar as necessidades de saúde da população. A integralidade ampliada deve ser visualizada como resultado da articulação de cada serviço com a rede complexa composta por todos os outros serviços e instituições. [...] A integralidade não é atributo específico de uma determinada profissão e nem de um serviço, mas compreende distintas práticas profissionais interdisciplinares que se articulam no campo da promoção da saúde, através de diferentes serviços e instituições (p. 224-225).

Como é possível observar, a integralidade se desdobra em dois pilares, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. A intersetorialidade corresponde a uma nova forma de superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população, o que demanda a articulação de saberes e poderes diversos para enfrentar problemas complexos.

É justamente no estatuto da integralidade, notadamente a partir dos eixos da interdisciplinaridade, intersetorialidade e a participação social que a ação do Serviço Social, juntamente com a equipe multidisciplinar, ganha projeção no campo da saúde coletiva, podendo fazer uso dos indicadores sociais e epidemiológicos para o planejamento de suas ações na atenção básica.

A inserção do Serviço Social na equipe da atenção básica não se trata de uma luta corporativista, mas está relacionada ao reconhecimento de seu arcabouço teórico-metodológico e ético-político que habilita o assistente social a concretizar as ações demandadas na perspectiva da promoção da saúde, uma vez que atua sobre as múltiplas

manifestações da questão social que influenciam nas condições de saúde da população. É sempre na referência do Projeto Ético-Político e da reforma sanitária que se poderá compreender se o assistente social está ou não dando respostas qualificadas às necessidades de saúde dos usuários (BRAVO, 2007).

A dimensão social do conceito de saúde faculta ao profissional que este trabalhe na perspectiva de viabilização do direito e da cidadania, ou seja, na lógica do direito a ter direitos, da construção e fortalecimento de direitos sociais e de integração entre as ações e serviços de saúde e isso *abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde* (NOGUEIRA e MIOTO, 2007, p. 282).

Nesta perspectiva, Nogueira e Miotto (2007) afirmam que a construção da integralidade e da participação social pelo Serviço Social, está articulada a três processos: *político-organizativos, de planejamento e gestão e os socioassistenciais*.

Os processos político-organizativos se articulam por meio da mobilização de profissionais de determinado espaço sócio-ocupacional – unidade básica de saúde, ambulatório ou hospital – junto com a comunidade e outras instituições em torno do tema da universalização, ampliação e efetivação de direitos. O assistente social tem *a função de dinamizar e instrumentalizar o processo participativo, respeitando o potencial político dos sujeitos envolvidos, considerando as necessidades imediatas e, a médio e longo prazos* (op. cit., p.283).

Os processos de planejamento e gestão estão focalizados no campo da intersetorialidade, relacionando serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais, que servem tanto para subsidiar a intervenção do assistente social quanto para o restante da equipe junto à qual trabalha.

Os processos socioassistenciais se voltam para atender os usuários na perspectiva da integralidade, em busca da construção de sua autonomia no *âmbito das relações institucionais e sociais ao remetê-lo para a participação política em diferentes espaços, como as instituições de saúde, os conselhos de direitos, os movimentos sócio-comunitários e outros diversos* (op. cit., p. 284).

Dentro desta perspectiva, as ações socioeducativas se constituem como eixo central da atuação do assistente social e da promoção da saúde. Para Bravo (2010), as ações socioeducativas ou educação em saúde não devem se constituir como instrumento de

subalternização e controle dos sujeitos, mediante a internalização de regras e comportamentos adequados na visão dos profissionais de saúde.

Ao contrário, deve-se basear em uma relação dialógica e interativa dos profissionais de saúde com os usuários em torno da reflexão dos problemas vivenciados e na busca de novas formas de caminhar, tendo por base o princípio da autonomia. Neste sentido, Bravo (2010) cita Vasconcelos (1993), para quem:

A ação do assistente social deve possibilitar os usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada, de forma que ele consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico (p. 54).

Vasconcelos (2007) afirma que as atribuições designadas aos assistentes sociais nas instituições de saúde e a face humanitária da profissão faz com que os usuários reconheçam nos profissionais *seres humanos interessados em ajudar* (p. 255), o que reforça a ideologia dominante. Mas, não basta apenas ter “boa vontade”, é preciso que o profissional saiba compreender as complexidades e contradições que permeiam a questão social. Sem a leitura crítica do movimento da realidade, revela-se um desperdício de oportunidades e possibilidades de ação na direção dos interesses dos usuários.

3.2 Assistência Social: da garantia do acesso à universalização dos direitos

Sabemos que escapam às políticas sociais reverter níveis alarmantes de desigualdade social, pois atuam na esfera da redistribuição e não da distribuição, mas não se pode negar que se constituem como instrumentos potencializadores de transformação social. A política de saúde, por exemplo, expressa que para se ter boas condições de saúde é preciso, antes, ter boas condições de vida, haja vista que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Lei nº 8.080/90).

Se as necessidades de saúde também são necessidades sociais, não se espera que uma política pública tenha condições de dar conta da amplitude que o conceito de saúde engloba, por isso a política de saúde é transversal às demais políticas públicas e juntamente com a assistência social e a previdência compõem o escopo da seguridade social e devem agir de

forma integrada para que atinjam a universalidade da cobertura e do atendimento, conforme consta no artigo 194¹ da Constituição Federal de 1988.

Como política de promoção social e proteção, a assistência social deve ser realizada de forma integrada às demais políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais, conforme preconiza a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742/93.

Entretanto, o grande embate que permeia a política de assistência social é o conflito entre universalidade e seletividade. Se o artigo 4º da LOAS estabelece que a assistência social deve ser regida pela supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica, universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas, à promoção da autonomia, dentre outros, por que a pobreza econômica tem sido referência para a organização da política pública? E, ainda, se a Lei 8.742/93 determina que a assistência social seja destinada a quem dela necessitar, por que restringir o acesso a apenas determinados segmentos da população?

Paiva (2006) afirma que a potência ideológica do mercado livre e autorregulado dificulta o esforço político de estabelecer parâmetros éticos emancipatórios aos direitos sociais de cidadania. Na dimensão contrária à perspectiva universalista, surgem modelos de combate à exclusão e políticas de inclusão, que dão lugar ao assistencialismo e à prática tutelar das velhas políticas sociais.

Os modelos contemporâneos de enfrentamento à pobreza diluem a conflitualidade política de classe à medida que reforçam a lógica do mercado, uma vez que os conflitos são deslocados *para o campo difuso e indiferenciado da inclusão social na sociedade capitalista pretensamente plena de oportunidades* (p. 15). Nessa lógica, afasta-se qualquer potencialidade de coletivização dos direitos sociais, tendo em vista que a pobreza é vista de forma unilateral, sob o ângulo da rentabilidade econômica, e de responsabilidade individual.

Dessa forma, a assistência social mantém o alcance residual no âmbito das manifestações privadas da desigualdade social e é operada segundo critérios de renda. A pobreza é aferida pela *lógica econométrica*, que corresponde a modalidades de quantificação da população em estado de miséria. Apesar de vários estudos afirmarem que a pobreza é um fenômeno multidimensional, quando apreendida em sua totalidade para a construção de alternativas de superação, predomina a determinação econômica, definida pelo critério da

¹ Art. 194 da CF 88: 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.

renda ou de consumo material, em detrimento ao acesso aos demais direitos sociais, considerados *intangíveis, subjetivos* (PAIVA, 2006).

Com isso, surgem novos conceitos que remodelam as políticas sociais, mas que desfiguram seu potencial emancipatório, pois estão aliados à ideologia neoliberal. Segundo Paiva (2006), a noção de inclusão social, e seu oposto, exclusão social são importados e surgem para substituir o termo pobreza, centralizando a atenção sobre o indivíduo – reiterando o pensamento conservador que naturaliza a pobreza e estigmatiza o cidadão que acessa as medidas socioassistenciais –, contribuindo mais uma vez para a perda do vínculo de classe em uma dimensão ético-política libertária e igualitária, portanto, desconstrói a ideia-força do direito social.

Ao trabalhar na perspectiva da inclusão e da exclusão social, a política de assistência social delimita os grupos sociais, considerados como seu público-alvo, que enquadram-se na categoria dos incapazes, miseráveis e dos sem vínculo com o mercado de trabalho. Mas, este modelo de cobertura sofre fragilidades diante da ampliação do quadro social que se apresenta na conjuntura, marcado pela:

Profunda desigualdade e extrema pobreza das maiorias, condensado pelo aumento exponencial do desemprego, fragilização da capacidade socializadora das redes familiares, falta de perspectiva para a juventude e abandono na velhice, trabalho infantil, exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes, crescimento das condutas violentas e práticas econômicas que lucram com a criminalidade e a toxicodependência, penúria sociocultural, empobrecimento político dos processos artísticos populares, a degradação ambiental, mortes por doenças curáveis, fome (op. cit., p. 17).

Nesse sentido, os programas sociais não podem ser pontuais nem residuais. Pelo fato de ser política pública, a assistência social tem como função *concretizar direitos sociais e não individuais, demandados pela sociedade e garantidos nas leis* (PEREIRA, 2007). No lugar de priorizar os mínimos sociais, deve atender às necessidades sociais e humanas e isso extrapola o critério de transferência de renda, o que não significa desconsiderar sua importância, pode até mesmo funcionar como ponto de partida para o atendimento na rede socioassistencial.

O provérbio chinês que reza “não devemos dar o peixe, mas ensinar a pescar” confronta duas necessidades complementares. Por isso, segundo Pereira (2007), deve-se dar o peixe, a vara de pesca e ensinar a pescar, pois é impossível que alguém tenha condições de exercitar sua capacidade de participação social sem antes ter as condições básicas (físicas e de autonomia) para assim proceder.

A política de assistência social não deve somente se preocupar com a provisão de bens materiais, pois as necessidades do homem não são estritamente biológicas. Enquanto ser social, é também dotado de dimensões emocionais, cognitivas e de capacidade de aprendizagem, que devem ser consideradas quando se formula as políticas públicas. Além da provisão de bens materiais, a assistência social deve contribuir *para a efetiva concretização do direito do ser humano à autonomia, à informação, à convivência familiar e comunitária saudável, ao desenvolvimento intelectual, às oportunidades de participação e ao usufruto do progresso* (op. cit., p. 224).

É nesse sentido que Pereira (2007) afirma que a política de assistência social deve não só proteger os sujeitos sociais dos infortúnios do presente, mas principalmente agir de forma preventiva contra as incertezas do futuro. *Além de procurar corrigir injustiças, visa prevenir situações de vulnerabilidade e riscos sociais que representam ameaças, perdas e danos a vários segmentos sociais* (p. 225).

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), a assistência social, além das medidas de transferência de renda, faz parte de sua responsabilidade, também, medidas de proteção especial a crianças e adolescentes, vítimas de abuso e exploração sexual, mulheres vítimas de violência, população de rua, serviços de abrigo temporário ou não, ações de promoção e prevenção de riscos e vulnerabilidade social, com ênfase no fortalecimento de vínculos familiares, programas de enfrentamento à pobreza, reconstrução de projetos de vida, que caminhem na direção da autonomia individual e emancipação.

Entretanto, como política pública, não faz sentido que a PNAS (2004) separe as funções de promoção e proteção, pois os direitos sociais devem ser atendidos em sua completude e abrangência. Mas, também não se pode esperar que a assistência social, tenha a função cabal de dar respostas à pobreza, tendo em vista que é uma política setorial (BOSCHETTI e TEIXEIRA, 2003) que, sem atuar de forma integral às demais políticas públicas que compõem a seguridade social – em especial a saúde, pelo acesso gratuito e atendimento integral às necessidades do ser humano em detrimento da previdência, pois é política contributiva que garante rendimentos aos trabalhadores que perderam sua capacidade laborativa –, não conseguirá atingir a perspectiva de universalidade dos direitos sociais.

Boschetti e Teixeira (2003) afirmam que a concretização de um direito não depende única e exclusivamente de sua inscrição em lei, mas é preciso que as ações dos implementadores das políticas públicas, bem como dos gestores, sejam revestidas de uma

dimensão ético-política transformadora. Direitos sociais rimam com equidade e justiça social, que só podem ser garantidos pelo Estado. Mas, o corte neoliberal que atinge as políticas públicas dilui a condição de universalidade para a seletividade e focalização das ações.

É necessário a articulação com as demais políticas públicas, vontade política dos órgãos públicos para viabilizar as condições materiais necessárias para converter um direito legal em um direito legítimo, mas, sobretudo, é imprescindível que a formação dos trabalhadores sociais que atuam na linha de frente das políticas públicas, nas funções de planejamento, implementação e avaliação, seja crítica e realista para elaborar intervenções estratégicas.

Nesta linha de raciocínio, as autoras sugerem uma nova leitura a respeito da universalização, seletividade e focalização. A universalidade deve permitir – além da articulação da assistência social com as demais políticas sociais e econômicas – que os direitos socioassistenciais sejam alcançados por todos aqueles que estão dentro das categorias (idosos, crianças e adolescentes, deficientes) estabelecidas pela LOAS (1993).

Tal estratégia não significa excluir, mas dar prioridade aos usuários que serão atendidos primeiramente. *É evidente que a prioridade é temporária, no sentido de que ela deve ser superada, que seu horizonte é construir estratégias de planejamento e execução, visando alcançar as metas demarcadas* (p. 03). A seletividade, ao contrário, não busca se superar nem buscar formas de ampliar seus atendimentos, mas apenas busca regras e critérios para escolher quem será selecionado para ser incluído, por isso, esgota-se em si mesma. A focalização, por sua vez, difere da restrição e redução de ações para ser entendida focalizar ações especiais em grupos que necessitam de maior atenção.

Trata-se de um desafio que é possível, mas que demanda *formulação e implantação de inovadoras e transformadoras metodologias de trabalho socioassistencial* (PAIVA, 2006, p. 07). E isso somente é possível mediante o desenvolvimento de práticas distintas, de forma que as políticas públicas sejam redesenhadas de maneira estratégica contribuindo para superar as condições de pobreza e subalternização socioculturais, na possibilidade de fomentar estratégias emancipatórias.

3.3 A promoção da saúde na velhice e a articulação com a assistência social em Manaus

Segundo Albuquerque (2008), a Carta de Ottawa de 1986 constitui-se como um marco teórico da promoção em saúde, que compreende este conceito como o processo de

capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo e têm como áreas estratégicas as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e parcerias intersetoriais.

A promoção da saúde tem como foco os aspectos preventivos – por isso, atua sobre os determinantes que influem diretamente sobre as condições de saúde da população –, mas na velhice existe uma grande incidência de pessoas já acometidas por um algum agravo de saúde, geralmente por doenças crônico-degenerativas, como hipertensão arterial e diabetes, cujo agravamento será responsável pela maior causa de mortes a partir de 2025 (LITVOC e BRITO, 2004).

Nesse sentido, a promoção da saúde na velhice não segue mais a linha de prevenir o surgimento das doenças, mas sim evitar o processo incapacitante decorrente delas e uma diminuição do risco de adoecer e morrer. Segundo Brito e Ramos (2005), as ações de saúde voltadas para os idosos devem *procurar mantê-los com o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e no seio de suas famílias* (p. 394). Para isso, o idoso deve ser considerado em toda sua complexidade social, pois muitos dos problemas que influenciam em sua saúde e qualidade de vida estão diretamente ligados à situação socioeconômica do país.

As ações de promoção em saúde devem ter como base a atenção primária – desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) –, mas não restringir-se ao setor saúde, tendo em vista que os modelos assistenciais inovadores propõem não só os cuidados com a saúde do corpo, mas levam em consideração também *o autocuidado, a integração social, a atividade física, controle de hábitos nocivos à saúde e utilização do tempo livre* (p. 395). Esse modelo de atenção denominado como “médico-social” partilha do princípio da Organização Mundial da Saúde de “não só agregar anos à vida” e sim “agregar vida aos anos”.

Segundo Litvoc e Brito (2004), a UBS deve ser a porta de entrada da rede socioassistencial e oferecer um atendimento que responda a maioria das necessidades apresentadas pela população. Após o primeiro atendimento, a Unidade Básica de Saúde, por meio de uma equipe interprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros, deve assumir o idoso em todas as suas necessidades.

A equipe de saúde de uma UBS deverá trabalhar dentro de um novo conceito de prática gerontológica, denominado atenção progressiva, que promove a união dos serviços médicos e sociais, baseando-se numa avaliação multidimensional, destinada a determinar os vários graus de intervenção que necessitará cada paciente (BRITO e RAMOS, 2005, p. 398).

As UBSs devem também proporcionar espaços para os idosos se reunirem em grupos de convivência e de lazer. Mas, caso não disponham de estrutura física ou equipamentos adequados, devem buscar integração com os profissionais dos centros de convivência para encaminhar os idosos.

Para Veras e Caldas (2009), os centros de convivência se propõem a operar em sintonia com os mais avançados conceitos de promoção da saúde do idoso, seja no enfoque da prevenção da doença o mais cedo possível e/ou também na manutenção da capacidade funcional.

Os Centros de Convivência analisados pelos autores são referendados pela experiência da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) que funciona na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Veras (2005) assinala que o centro de convivência funciona como um modelo de atenção à saúde que foge às práticas tradicionais que, embora não tenham serviços médicos, *podem agrupar idosos em atividades culturais, de lazer ou mesmo esportivas* (p.389) além de *possibilitar avanços quanto à percepção dos próprios direitos e deveres, fundamento do exercício da cidadania* (p. 390).

Em Manaus, além das Unidades Básicas de Saúde sob administração da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), há também os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs) de responsabilidade do Estado. De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM), a proposta dos CAIMIs consiste em garantir o atendimento ambulatorial ao idoso, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da terceira idade e nas ações preventivas relativas às políticas de saúde desenvolvidas na área de abrangência do CAIMI, agindo com equipe multidisciplinar capacitada, objetivando maior resolutividade possível. Existem três CAIMIs em Manaus que estão localizados na zona norte, sul e oeste.

Os Centros de Convivência existentes em Manaus são de responsabilidade da Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS) e totalizam-se em três. Dividem-se em dois Centros de Convivência da Família (CCF), que conta com usuários de todas as idades, desde crianças a idosos e um Centro de Convivência do Idoso (CCI).

A PNAS (2004) estabelece que os Centros de Convivência situam-se na proteção social básica. Os serviços de proteção social básica de assistência social potencializam a

família como unidade de referência, fortalecendo seus vínculos internos e externos de solidariedade, através do protagonismo de seus membros e da oferta de um conjunto de serviços locais que visam à convivência, a socialização e o acolhimento em famílias cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Tais serviços deverão se articular às demais políticas públicas locais, de forma a garantir a sustentabilidade das ações desenvolvidas e o protagonismo das famílias e indivíduos atendidos.

Para fins deste estudo, analisamos de que forma as assistentes sociais trabalham a promoção da saúde do idoso em Manaus utilizando a articulação entre a UBS, o CAIMI e o Centro de Convivência em duas zonas da cidade que mostraram a proximidade destas três instituições em uma mesma área de abrangência. Na Zona Norte, a UBS Balbina Mestrinho, o CAIMI Dr. André Araujo e o Centro de Convivência da Família (CCF) Padre Pedro Vignólia foram selecionados e na Zona Sul, a UBS Deodato de Miranda Leão, o CAIMI Ada Viana (situado na área central da zona oeste, próximo às outras instituições pesquisadas que ficam na zona sul) e o Centro de Convivência do Idoso da Aparecida (CCI).

A centralidade da pesquisa está voltada para a área da saúde, embora o Centro de Convivência esteja sob a responsabilidade da Secretaria de Assistência Social do Estado. Mas, considerando a saúde em sua concepção ampliada, definiu-se que a análise partirá da UBS, por ser a porta de entrada dos serviços de saúde, depois para o CAIMI, por ser um atendimento específico ao idoso e por realizar atenção básica também e, por fim, o Centro de Convivência, por oferecer serviços que promovem bem-estar aos seus usuários, numa perspectiva de complementaridade dos serviços.

Considerando que nesta pesquisa, busca-se analisar o trabalho do Serviço Social frente às demandas dos idosos no âmbito das políticas de saúde e assistência social em Manaus, buscamos verificar de que forma o assistente social relaciona a saúde e a assistência social em atenção ao paradigma de promoção em saúde.

Sendo assim, inicialmente procuramos apreender *a concepção de saúde* das assistentes sociais, tendo em vista que é sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença – o que denominamos como “questão social” – que a atuação das profissionais se debruça (NOGUEIRA e MIOTO, 2007). A fala das profissionais entrevistadas aponta para uma concepção ampliada de saúde, contemplando não só o bem-estar físico, mas agrupando também o *acesso aos serviços básicos, como alimentação, trabalho e renda, saneamento*, ou seja, os *aspectos sociais* e bem-estar psicológico (*aspectos emocionais*).

Por outro lado, quanto ao conceito de promoção da saúde, a maioria das profissionais (05 pessoas) afirmou que *é ter acesso aos serviços básicos* e uma delas exemplificou esta resposta como uma *alimentação saudável* (UBS 1 – Assistente Social). As falas apontaram respostas restritas e não se percebeu uma conexão entre as necessidades humanas e a responsabilidade do poder público, mediante efetivação de políticas públicas que garantam o acesso ao trabalho, à renda, à saúde de qualidade etc., depreende-se que o foco manteve-se na satisfação de necessidades biológicas, cuja provisão deve ser de responsabilidade do próprio indivíduo.

Além disso, também foi mencionada a *importância da questão educacional*, mas no sentido de *conhecimento dos agravos que podem ocorrer com a gente* (UBS 1 – Assistente Social) e *é uma coisa que não pode ser só dos profissionais de saúde*, [os usuários] *tem que ser promotores de saúde* (CAIMI 1 – Assistente Social), o que demonstra o foco centrado nas doenças e, portanto, a ênfase à dimensão clínica do tratamento. Apenas uma profissional não soube esclarecer o conceito, dizendo apenas *é o que a gente tem que fazer*.

Pellegrini e Junqueira (2005) afirmam que a prática clínica desvincula-se de um entendimento mais abrangente do ser humano, à medida que restringe-se a um conjunto de órgãos que deve estar em pleno funcionamento. Mesmo considerando a importância do cuidado com o corpo, devemos ressaltar que os agravos que acometem os idosos relacionam-se intrinsecamente com o contexto de pobreza e marginalização social gerados pela sociedade capitalista. Nessa ótica,

O idoso gasta muito porque, pela natureza dos agravos que o acometem nesta sociedade, utiliza com frequência recursos diagnósticos e terapêuticos de alto custo e já não é geralmente um ser produtivo. Os cuidados preventivos, atualmente em moda, como dietas, exercícios físicos, combate ao tabagismo e ao alcoolismo, entre outros, são dirigidos a cada pessoa e ignoram questões como a solidão, o isolamento, o empobrecimento afetivo, a segregação social. Portanto, como muitas outras das medidas preconizadas por médicos (não fumar, não beber álcool, comer alimentos mais duráveis, caminhar todos os dias, medicar-se corretamente etc.) não encontram eco e se tornam inócuas, por mais corretas que sejam, se consideradas intrinsecamente. Além do mais, não tocam o cerne do problema do idoso nas sociedades ocidentais, que é a sua desvalorização como ser humano, uma vez que a sua vida já não influencia decisivamente o mercado. O culto à eterna juventude e o cuidado com o corpo tendem a excluir o idoso de forma cruel (op. cit., p. 380).

Por outro lado, a saúde coletiva tenta oferecer um novo olhar sobre as demandas de saúde dos idosos. Busca-se compreender os problemas, as queixas e necessidades e estruturar

respostas considerando as condições de vida do idoso na sociedade capitalista. Não são desconsideradas as ações de reabilitação e tratamento de saúde, mas procura-se articular esta política às das outras áreas, como *econômica, agrária, de habitação, abastecimento, educação, transportes e segurança pública, indo muito além da intervenção do setor específico, cuja expressão mais comum é a relação entre profissional e paciente, através de uma consulta* (p. 380).

A partir de sua compreensão sobre promoção de saúde, as assistentes sociais desenvolvem suas práticas nesse enfoque. A maioria das respostas (três assistentes sociais) revelou que a intervenção profissional pode contribuir por meio da informação como reforço ao tratamento de saúde do usuário, o que revela a preponderância sobre a dimensão clínica do tratamento, conforme é possível observar no **Quadro 1**.

Quadro 1 – *De que forma o Serviço Social trabalha a Promoção da Saúde*

Assistentes Sociais	O Serviço Social trabalha a questão da informação. É preciso mudar o estilo de vida para não ter uma alimentação ruim. Você ter acesso à informação e fazer suas escolhas, pode ser o diferencial (UBS 1 – Assistente Social); Eu gosto de dar palestra, trabalhar com grupos. Eu falo muito sobre preservativo, exame preventivo, porque eles [os usuários] estão mais preocupados com o atendimento do médico (UBS 2 – Assistente Social); Trabalha através de grupos socioeducativos, através de palestras, seminários de sensibilização, mostrando a questão da higiene e da importância da avaliação periódica da saúde (CCF – Assistente Social).
----------------------------	--

Fonte: Pesquisa de Campo, realizada em 2012.

Duas destas profissionais trabalham nas UBSs, onde tem-se por pressuposto que os profissionais deveriam atingir a multidimensionalidade das demandas que se apresentam inicialmente como controle de saúde e uma assistente social no CCF que, embora defenda uma concepção ampliada de saúde, revela que sempre que pensa no significado deste conceito, primeiramente surge a ideia de cuidados com a parte física do corpo.

As profissionais que trabalham nos CAIMIS não souberam definir de que forma desenvolvem suas ações dentro do conceito de promoção da saúde, cujas expressões utilizadas foram apenas: *É o nosso carro-chefe e pode contribuir com essas escutas mais diferenciadas*. Apenas a profissional que trabalha no CCI disse que contribui através do *acesso à informação, à rede de proteção*.

A respeito disso, Vasconcelos (2007) explicita que os assistentes sociais devem identificar e priorizar as necessidades sociais de saúde, sem que seja preciso negar as requisições institucionais, *fruto do mau funcionamento da rede de saúde* (p. 259). Os

profissionais devem pensar a profissão junto aos usuários, que têm interesses e necessidades individuais que expressam interesses e necessidades coletivas que só serão de fato enfrentadas (diferente de resolvidas) se identificadas, publicizadas e submetidas à organização e ao controle social.

Para entender melhor as ações das profissionais a partir da noção de promoção da saúde, perguntamos *quais as atribuições do Serviço Social nas instituições em que trabalham*. As assistentes sociais das UBSs responderam que trabalham *por dentro dos programas de saúde que vai do atendimento à criança, à gestante, ao idoso, tuberculose, hanseníase e hiperdia* (controle da hipertensão e diabetes) e *consultas individuais* mantendo ênfase sobre as doenças, conforme explicitado na citação abaixo.

A gente orienta, encaminha, acolhe e coordena alguma atividade. Com o idoso, nós tínhamos um grupo de hipertensos e diabéticos, onde a gente trabalhava a questão da alimentação junto com o pessoal da enfermagem. O Serviço Social falava da importância do acompanhamento médico, como esté estruturado o Programa de Hiperdia e que ele [o usuário] precisa estar com o cadastro em dia e com a receita médica para buscar o remédio (UBS 2 – Assistente Social).

Nos CAIMIs, as assistentes sociais disseram que fazem o acolhimento do idoso na instituição, orientações sobre os direitos sociais, encaminhamentos à rede de apoio socioassistencial e orientações relativas ao tratamento de saúde. Segundo a assistente social do CAIMI 2, *não temos estrutura nem profissionais especializados, como professores de dança, de música e teatro, porque não é esse o nosso perfil. O nosso perfil é a área da saúde, então nossas atividades estão voltadas para a área de prevenção e tratamento das doenças*.

Tomando por base o conceito de prática clínica explicitado por Brito e Ramos (2005), ainda que seja importante os cuidados para a manutenção de uma boa condição física e veiculação da ideia de que o idoso precisa ser ativo mediante sua inserção em atividades físicas e de lazer, por mais importantes que sejam essas medidas, se não houver um enfoque que contemple os aspectos sociais, ou seja, as condições de vida dos idosos na sociedade capitalista, tais ações se tornarão limitadas ou inócuas.

Como foi possível observar, a fala das assistentes sociais enfatizam a questão educacional e a informação como aspectos centrais de suas intervenções profissionais, seja através do atendimento individual, em reuniões com grupos e orientações diversas. Mas, o conteúdo dessas práticas ainda é revestido pela dimensão clínica, que reduz o idoso a um corpo doente.

Nas instituições pesquisadas, quando as profissionais realizam palestras na sala de espera ou promovem reuniões com os usuários, juntamente com os outros profissionais, discursam sobre temas pertinentes às patologias manifestadas pelos idosos, seu controle e cuidados mediante terapia medicamentosa.

A assistente social da UBS 1 afirma que nem sempre é possível alcançar efetivamente os usuários com palestras que utilizem recursos tecnológicos avançados na sala de espera, oferecendo lanches e convidando profissionais de fora da Unidade para palestrar. Esta profissional defende que uma orientação no atendimento individual pode surtir um resultado muito mais positivo. Isso mostra que devemos enfatizar mais as potencialidades em detrimento da acusação dos limites oferecidos.

Nos Centros de Convivência, as atribuições do Serviço Social perpassam o acolhimento do idoso na instituição e acompanhamento de sua permanência nos grupos. No CCI, o Serviço Social envolve-se na participação de oficinas e outras atividades com os idosos que servem tanto para a socialização e discussão dos direitos da pessoa idosa quanto para a troca de informações.

A partir das ações do Serviço Social desenvolvidas, perguntamos às assistentes sociais *Como as instituições em que elas trabalham podem contribuir para um envelhecimento ativo e bem-sucedido*. A assistente social da UBS 2 respondeu que é através do respeito da sociedade e da família para com o idoso e a conquista de sua dignidade, enquanto as assistentes sociais da UBS 1 não apresentou uma definição clara, apenas dizendo que *Essa é uma missão*.

Nos CAIMIs, as profissionais disseram que é através do tratamento de saúde, tendo em vista que são os *problemas de saúde que dificultam a vida do idoso na família e faz com que ele se sinta isolado* (CAIMI 1 – Assistente Social), sem atentar para o fato de que é muito mais do que isso, é uma simbiose entre problemas de saúde e problemas no seio da família, dentre outros decorrentes dos estereótipos negativos que o idoso sofre no contexto da sociedade capitalista.

Na visão das assistentes sociais dos Centros de Convivência, é possível contribuir para a busca de um envelhecimento ativo e bem-sucedido por meio da oferta de atividades de esporte, lazer e socialização que promovem qualidade de vida e melhores condições de vida, refletindo-se na melhoria da saúde física e mental. A saúde mental, segundo a assistente social do CCI, é exercitada através do contato de idosos com outros idosos fora do círculo familiar,

onde conversam sobre assuntos em comum e relatam suas experiências de vida uns aos outros.

Concordamos com Filho e Sitta (2005) que, devido à pluralidade de aspectos que envolvem o fenômeno do envelhecimento, *seria utópico pensar que um ou poucos profissionais, por melhor qualificados que fossem, poderiam se responsabilizar globalmente pela heterogeneidade* (p. 441) desta condição humana, que é a velhice. Destacamos a atuação dos assistentes sociais porque partimos da premissa de que a dimensão social influencia decisivamente as condições de saúde dos idosos e, como são profissionais habilitados para trabalhar sobre as múltiplas expressões da questão social, de que forma estão inseridos dentro do paradigma da promoção em saúde? Mas, reconhecemos que para a construção de um modelo de saúde, é necessário existir a interlocução dos profissionais entre si e com a população.

De acordo com os autores supracitados, a promoção de saúde dos idosos deve estar a cargo de uma equipe interdisciplinar. Não existe uma regra básica de como a interdisciplinaridade pode ser efetivada, mas existem alguns preceitos fundamentais, como a ruptura de preconceitos de umas profissões sobre as outras, que acontecem desde a graduação, que impede alguns profissionais de reconhecerem os limites de suas profissões e as possibilidades das demais; a capacidade de permeabilidade do conhecimento, que se dá através de outros aprendizados e de uma boa comunicação entre a equipe onde seja possível se fazer entender e o entendimento de que para ser um bom profissional, não basta ser um profissional sozinho, mas estar disposto à troca, tanto do ponto de vista formativo e informativo, o que demanda um processo pessoal de amadurecimento e conscientização.

Sobre a *realização de trabalho interdisciplinar*, a maioria das assistentes sociais (cinco) disse que existe comunicação entre os profissionais que compõem a equipe de trabalho, entretanto as práticas profissionais são fragmentadas, como se observa nos depoimentos a seguir: *É difícil sentar e cada um fazer sua atividade que vai realizar durante o ano. A Secretaria de Saúde dá uma programação para a gente trabalhar* (UBS 2 – Assistente Social), *Médico é o que menos participa* (CAIMI 1 – Assistente Social).

As assistentes sociais da UBS 1 e do CAIMI 2 disseram que a implantação da Política Nacional de Humanização nas unidades de saúde pode facilitar não só o relacionamento entre profissionais e usuários, mas principalmente a comunicação entre os próprios profissionais.

Não é que a gente vá tornar os profissionais humanos, porque nós já somos seres humanos, mas nossas práticas estão desumanas por causa da praticidade do dia-a-dia (UBS 1 – Assistente Social);

Nós implementamos a Política de Humanização e melhorou muito o nosso relacionamento. Antes, era difícil, individualizado. O trabalho do enfermeiro era “x”, do outro técnico era “aquele”. A convivência também entre os colegas era complicada, ninguém dizia nem “bom dia”, nem “boa tarde”. Com o trabalho de humanização, não melhorou somente o atendimento com o público, melhorou também as condições de trabalho dos nossos funcionários (CAIMI 2 – Assistente Social).

Questionamos às assistentes sociais como a instituição se relaciona com a promoção em saúde, cujas respostas podem ser visualizadas no **Quadro 2**.

Quadro 2 – *Como a UBS, o CAIMI e o Centro de Convivência se relacionam com a promoção da saúde*

<i>UBSs</i>	
Relacionada ao controle de saúde	04 respostas
Contato mais próximo com a população	02 respostas
<i>CAIMIs</i>	
Média complexidade (oferta serviços especializados aos idosos), mas também realiza atenção primária	05 respostas
Atendimentos de saúde e espaços de socialização	01 resposta
<i>Centros de Convivência</i>	
Através da oferta de atividades físicas e de lazer, espaços de socialização, discussão de cidadania e atividades de geração de renda	06 respostas

Fonte: Pesquisa de campo, realizada em 2012.

Nas UBSs, percebemos que as assistentes sociais relacionam o conceito de promoção de saúde com o controle das doenças, no CAIMI com o tratamento das doenças e também o primeiro atendimento ao idoso, funcionando também como porta de entrada desse segmento na rede de saúde e nos Centros de Convivência, a inserção dos idosos em atividades físicas e de socialização.

Tanto a assistente social do CAIMI 1 quanto a assistente social da UBS 1 que também trabalha em um CAIMI, afirmaram que o Centro de Atenção Integral à Melhor Idade é um serviço de média complexidade, uma vez que oferece atendimentos especializados de saúde aos idosos, como cardiologista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, dentre outros, mas também realiza atenção básica, no caso, por exemplo, de um idoso precisar de um curativo.

Segundo a assistente social da UBS 1, *o CAIMI era para atender os pacientes direcionados das Unidades Básicas de Saúde, que já passaram por um clínico geral e precisaram de um atendimento especializado*, mas muitas vezes tem servido como porta de

entrada dos serviços de saúde para os idosos, pois também conta em seu quadro de profissionais com um clínico geral, o que significa sua inserção na atenção primária.

Na opinião desta profissional, o CAIMI oferece também atenção básica porque *a Unidade Básica de Saúde não está conseguindo atender os idosos*, em razão da diversidade de público usuário das UBSs. Mas, ainda que o CAIMI funcione como a porta de entrada dos serviços de saúde para alguns idosos, quando eles precisam de medicamentos disponibilizados pelo SUS, são encaminhados às UBSs, locus onde se destina a distribuição de medicamentos para o controle da hipertensão e diabetes.

Os Centros de Convivência agregam parcerias com as secretarias de esporte e lazer, de cursos técnicos, de saúde que disponibilizam atividades esportivas, cursos técnicos profissionalizantes e de geração de renda. Segundo Veras (2005), o Centro de Convivência pode proporcionar aos idosos um motivo para sair regularmente e uma oportunidade de contato social, tornando-se um local para atividades de lazer e educação profissionalizante e cultural.

Ainda que as atividades oferecidas não façam com que o idoso regresse ao mundo do trabalho, Veras (2005) afirma que fazer um curso de informática, por exemplo, é importante para que ele esteja sintonizado com o mundo atual e através dele, busque novas formas de se relacionar com outras pessoas. *Não se oferecem cursos para ocupar o tempo vago do idoso; procura-se transmitir os conceitos mais atuais, objetivando com isto sua valorização como cidadão* (p. 389).

Se as profissionais concordam de alguma forma que a UBS, o CAIMI e o Centro de Convivência se relacionam com a promoção da saúde, cada um com sua especificidade e também suas devidas limitações, seja de espaço físico e complementaridade dos serviços, indagamos, então, se *seria possível relacionar o trabalho da UBS, do CAIMI e dos Centros de Convivência*, no intuito de oferecer um atendimento integral à saúde do idoso.

A maioria das profissionais (cinco) reconheceu a importância de articular os serviços, por meio de *parcerias* (CCF – Assistente Social) para *um atendimento de qualidade* (CAIMI 1 – Assistente Social), numa perspectiva de complementaridade das ações. Entretanto, afirmaram que não se consegue ir além dos encaminhamentos e das referências e contra-referências – *Seria ideal, só falta objetivar* (CAIMI 2 – Assistente Social).

Vasconcelos (2007) destaca que na maioria das vezes, os encaminhamentos são ações imediatas, isoladas e assistemáticas porque não se faz nenhum tipo de acompanhamento sistemático e contínuo das ações demandadas, o que na realidade se traduz na transferência de

resolutividade (e não de enfrentamento) da demanda para outras instituições, fragmentando as ações e o problema do usuário. *Estes encaminhamentos, buscando resolver o “mau funcionamento” da rotina das unidades, jogam o usuário para o próximo serviço e/ou para fora da unidade, empurrando o problema para frente* (p. 250).

Nesta primeira análise, constata-se que ainda prevalece a dimensão da prática clínica sobre a atuação dos assistentes sociais na saúde, embora a compreensão deste conceito, por parte das profissionais, revele a consideração dos determinantes sociais e psicológicos como influenciadores das condições de saúde da população.

O Serviço Social, diante das demandas de saúde dos idosos, reforça a prática clínica voltada para *o repasse de informações referentes à “doença tratada” – diabetes, hipertensão, hanseníase e tuberculose* (p. 252). Como a velhice é algo novo no Brasil, cujas demandas desafiam as várias profissões, interessa saber de que forma ela é apreendida e trabalhada pelo Serviço Social nas instituições que articulam a promoção da saúde em Manaus.

3.4 O trabalho do Serviço Social com os idosos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs) e Centros de Convivência de Manaus

Segundo Lobato (2007), ser idoso no Brasil *ora é reverenciado pela mídia, como garoto propaganda ou frequentador de bailes em programas de terceira idade, ora é apresentado como segmento excluído de nossa sociedade muitas vezes vivendo em precárias condições* (p. 137). O envelhecimento da população é um fenômeno recente na sociedade brasileira, a imagem que se tem da velhice ainda é bastante negativa pelos estereótipos vinculados à ideia de produtividade do sistema capitalista.

É no âmbito das transformações nas relações sociais que incidem diretamente sobre o campo da cultura, o caminho para a intervenção do Serviço Social junto aos idosos, à medida que é possível orientar a dimensão educativa de seu trabalho em rumos ético-políticos transformadores que contribuam para a superação dos estigmas que assolam a velhice e imprimir uma nova significação na trajetória de vida dos idosos, por meio da busca de espaços de construção da cidadania, percebendo-os como protagonistas de suas próprias histórias e não apenas como meros objetos da ação profissional.

Lobato (2007) destaca que a década de 1980 foi importante para a criação e desenvolvimento de programas voltados aos idosos, como a criação de grupos e centros de

convivência, organizações de idosos em associações e programas de preparo para a aposentadoria, desenvolvidos por empresas estatais. É por meio destes programas que a atuação do assistente social ganha projeção, pois fomenta a participação social seja em nível dos atendimentos individuais ou nos espaços de grupos.

De acordo com Amman (1979), a participação social se realiza em nível do indivíduo (no plano da conscientização) e da sociedade (no modo como as relações sociais acontecem). Em nível do indivíduo, destacam-se três fatores correlacionados: a motivação, que corresponde à razão que impulsiona o indivíduo a participar, propiciando o diálogo e a comunicação com outras pessoas; a informação, que implica na manifestação de vontade em desenvolver novas habilidades e conhecimentos, ao mesmo tempo em que ampliam suas redes de relações através do contato com outros indivíduos e a educação, que permite a apropriação de novas ideias e desenvolvimento de novas habilidades, bem como a capacidade de crítica, organização e luta pela garantia dos direitos sociais.

Considerando a importância da experiência com grupos de idosos em projetos de promoção da saúde, Lobato (2007) afirma que essas atividades propiciam tanto o aprendizado e a capacitação para que eles cuidem da própria saúde (autocuidado) como também estimulam o desejo de associação, através do desenvolvimento da sociabilidade, tendo em vista que esses encontros de grupo, mediatizados por profissionais, dentre eles o assistente social, fazem com que os idosos respeitem e passem a ouvir melhor o outro e a si mesmos. *Devemos aproveitar as motivações dos idosos em participarem dos programas e transformá-las em ações de participação no sentido da construção da concidadania, que é o movimento que um cidadão faz em face de outro cidadão na luta por direitos sociais* (p. 146).

Referendamos a análise sobre o trabalho do assistente social nas UBSs, CAIMIs e Centros de Convivência de Manaus a partir da experiência no Ambulatório Núcleo de Atenção ao Idoso da UNaTi/UERJ, onde mostra que as ações de promoção em saúde são desenvolvidas em dois campos centrais: o desenvolvimento de habilidades pessoais – aprendizagem, autoestima e outras – e a reorientação dos serviços de saúde – humanização, integralidade da atenção, conceito amplo de saúde e interdisciplinaridade (LOBATO, 2007).

Neste momento do trabalho, buscamos desvelar a compreensão do assistente social sobre “velhice” e investigar as ações, programas e projetos desenvolvidos pelo Serviço Social junto aos idosos nas políticas de saúde e assistência social. Inicialmente, o **Quadro 3** revela o perfil das profissionais entrevistadas.

Quadro 3 – Perfil profissional

Instituição/Assistentes Sociais	Idade	Ano de conclusão do curso	Nível de formação
UBS 1	47	1991	Esp. Gerontologia e Saúde da Família
UBS 2	54	1986	Esp. Gerontologia
CAIMI 1	32	2002	Esp. Gestão de Políticas Públicas e Seguridade Social
CAIMI 2	42	1993	Esp. Administração Hospitalar
CCF	27	2006	Esp. Família e Gerontologia
CCI	33	2003	Esp. Gerontologia e Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia

Fonte: Pesquisa de campo, realizada em 2012.

Todas as assistentes sociais são habilitadas teórica e metodologicamente para atuar na área da saúde e/ou da velhice. As profissionais com idade entre 42 a 54 anos estão na área da saúde, formadas na segunda metade da década de 1980 e início dos anos 1990, período de construção do SUS e as assistentes sociais, com idade de 27 e 33 anos, formadas a partir de 2003, estão na assistência social, período em foi criado o Estatuto do Idoso (2003) a partir da Política Nacional do Idoso (1994).

Para entender de que forma as assistentes sociais das instituições pesquisadas em Manaus desenvolvem suas ações junto aos idosos, primeiramente buscou-se desvelar a *compreensão das profissionais sobre a velhice*, tendo em vista que o conhecimento é condição precípua para orientar a intervenção profissional (GUERRA, 2009).

Todas as profissionais entrevistadas apontaram a concepção do envelhecimento enquanto um processo contínuo que faz parte da condição humana. A velhice deve ser celebrada porque expressa *melhora da qualidade de vida da população em termos de acesso aos serviços de saúde e, na medida em que a população tem acesso a trabalho, educação e renda vai melhorando sua qualidade de vida, podendo, assim, envelhecer* (UBS 1 – Assistente Social).

Por outro lado, ressaltam que *nossa velhice ainda é muito sofrida* (UBS 2 – Assistente Social), em razão da desvalorização do idoso na sociedade, o que acarreta insegurança e medo do futuro: *Eu tenho muito medo da velhice por conta dos valores da sociedade* (CAIMI 2 – Assistente Social), o que demonstra-se também através da preocupação da assistente social do CCI: *De nada adianta envelhecer, se não se vive dignamente*.

As respostas das assistentes sociais ratificam a ideia apontada por Lobato (2007), para quem afirma que se ganhamos em tempo de vida, necessitamos garantir melhores condições de vida para toda a população, pois em nosso país as desigualdades sociais são enormes.

Através dos relatos, observamos a necessidade de unir esforços conjuntos que contribuam para uma imagem positiva da velhice e também para atuar frente às novas demandas que os idosos apresentam aos profissionais.

Nesse caso, perguntamos se *a velhice é um desafio para o Serviço Social*, tendo em vista que Torres e Sá (2008) afirmam que cada vez mais um número maior de idosos procura os assistentes sociais *para apropriar-se de informações que os possibilitem usufruir da vida em sociedade* (p. 08), seja em caráter imediato, relacionadas ao transporte adaptado, ao acesso à rede de atendimento socioassistencial ou relativas à garantia dos direitos sociais e à participação em grupos de convivência.

Predomina a fala das assistentes sociais de que a velhice é um desafio para o Serviço Social, pois implica uma mudança de cultura que começa pelas próprias profissionais, no sentido do exercício da tolerância em saber ouvir os idosos e respeitar seus modos de pensar e viver que foram construídos ao longo de sua trajetória de vida.

Além disso, é um desafio principalmente porque o idoso tem como unidade de referência a sua família, onde muitas vezes é desprezado e se sente sozinho. Entretanto, em alguns casos os laços de afetividade foram rompidos porque em algum momento de sua vida, ele causou sofrimentos aos seus familiares, desejando retomar o contato na velhice porque se sente abandonado e precisando de cuidados.

Então, a fragilidade dessas relações demanda uma intervenção cuidadosa e articulada junto aos outros profissionais, pois embora a legislação que ampara o idoso (PNI, 1994 e o Estatuto do Idoso, 2003) determine que a família tem a responsabilidade de prover os cuidados essenciais e apoio, a obrigatoriedade da Lei e a recusa da vontade dos familiares, pode acarretar maus-tratos aos idosos. A intervenção do assistente social, junto com uma equipe capacitada, deve buscar promover o resgate dos vínculos socioafetivos, conforme preconiza a PNAS (2004), para que a família desempenhe sua função de apoio social informal, contribuindo, assim, para a autonomia e qualidade de vida do idoso (LOBATO, 2007).

Questionamos também *o que mais os idosos procuram nas UBSs, nos CAIMIs e nos Centros de Convivência*. Tanto nas Unidades Básicas de Saúde quanto nos CAIMIs predomina a procura pelo atendimento médico e em busca de medicamentos para o controle da saúde, principalmente da hipertensão e diabetes. Nos Centros de Convivência, os idosos buscam socialização. Segundo as assistentes sociais, os idosos inicialmente procuram os Centros para a inserção em atividades esportivas, como ginásticas e exercícios físicos por

recomendação médica. Mas, após um tempo, já estão interagindo com outros idosos, de maneira mais extrovertida e próxima.

Veras (2005) ressalta que os Centros de Convivência, embora não tenha caráter médico, pode contribuir com a promoção da saúde dos idosos, pois oferecem atividades esportivas, educacionais, culturais e de lazer, sempre com a supervisão de profissionais qualificados. *Uma maneira possível de reduzir os problemas de solidão dos idosos, melhorar seu contato social e desenvolver novas capacidades em idade mais avançada são projetos de centros de convivência* (p. 389).

Em todas as unidades pesquisadas, *os idosos procuram o Serviço Social* para solicitar informações quanto aos serviços de saúde, orientações previdenciárias e de benefícios assistenciais e manifestam queixas de problemas na família. Mas, nem sempre os profissionais possuem conhecimentos sobre as demais políticas públicas que subsidiam seu exercício profissional. Brito e Ramos (2005) destacam a importância de programas de educação para a aposentadoria, de grande necessidade e pouca divulgação na nossa sociedade.

Como as assistentes sociais trabalham essas demandas? Todas as falas convergem para a escuta, orientação e informação para que os idosos tenham acesso aos seus direitos de cidadania. Especificamente nas unidades de saúde (UBSs e CAIMIs), as profissionais afirmam que apresentam aos idosos outras atividades para além da consulta com o médico, embora não tenham explicitado quais eram essas “outras atividades”.

A fala das profissionais aponta que nas Unidades de Saúde (UBSs e CAIMIs), a intervenção do Serviço Social junto aos idosos predominante é o atendimento individual, argumenta-se a reforma da Unidade (UBS 1 – Assistente Social), a desativação do Centro de Convivência do Idoso anexo à Unidade de Saúde devido ao comprometimento da estrutura física (UBS 2 – Assistente Social), a falta de planejamento do Serviço Social em coordenar atividades com os grupos (CAIMI 1 – Assistente Social), somente quando as estagiárias dão palestras na sala de espera sobre as doenças que acometem os idosos (CAIMI 2 – Assistente Social) e por priorizar as atividades de lazer, que é a proposta dos Centros de Convivência, além da falta de tempo e organização do trabalho profissional (CCF). Somente no Centro de CCI são oferecidas, além das atividades esportivas, oficinas, palestras e reuniões que abordam conteúdos sobre o processo de envelhecimento, direitos sociais, orientações previdenciárias e benefícios assistenciais, resgate da história do idoso, sexualidade, dentre outras que vão além da proposta da instituição.

O **Quadro 4** refere-se ao *que é necessário*, segundo as assistentes sociais, *para que o idoso tenha um envelhecimento ativo e bem-sucedido*.

Quadro 4 – *O que é necessário para que o idoso tenha um envelhecimento ativo e bem-sucedido*

Assistentes Sociais	O envolvimento de todas as outras políticas, tanto de moradia, de renda, não só a questão de que o governo tenha que dar acesso, mas também a família, que é fundamental, pelos laços de afetividade, de proteção e de carinho (UBS 1 – Assistente Social); Que o idoso seja respeitado tanto pela família quanto pela sociedade. Respeito e dignidade (UBS 2 – Assistente Social); Preparo da sociedade, da família e do próprio idoso em relação ao processo de envelhecimento (CAIMI 2 – Assistente Social); Família, acesso aos bens e serviços de saúde, à medicação, renda, benefício, então se ele não tiver acesso aos bens não se completa esse ciclo. É importante carinho, atividade física, trabalhar que eles são sujeitos de direitos (CAIMI 1 – Assistente Social); Atenção do poder público e da sociedade, uma mudança de cultura (CCI – Assistente Social); Apoio familiar, condições de moradia, uma aposentadoria decente (CCF – Assistente Social).
----------------------------	--

Fonte: Pesquisa de Campo, realizada em 2012.

O quadro aponta diversas facetas para um envelhecimento saudável. É preciso um conjunto de fatores (políticas) que devem estar articulados e isso implica a conjugação de esforços do poder público para assegurar a concretização de políticas públicas de qualidade, da família, como esfera privada que possui a capacidade de prover proteção física, social e emocional e da sociedade, através de uma mudança de cultura que valorize e respeite a velhice.

Litvoc e Brito (2004) apontam três fatores que caracterizam o envelhecimento bem-sucedido: “baixa probabilidade de doenças e incapacidade associada a elas, boa capacidade funcional, tanto física quanto cognitiva e participação ativa na sua comunidade” (p. 08).

Sobre o primeiro aspecto, não basta apenas considerar a ausência de doenças e incapacidades, mas deve-se atentar para os fatores de risco, como obesidade, fumo, intolerância à glicose e outros. As doenças que os idosos manifestam estão associadas ao estilo de vida, ou seja, a fatores extrínsecos. Sendo assim, os hábitos podem ser mudados para que as doenças não atinjam estágio avançado.

Em segundo lugar, a preservação e o desenvolvimento de uma boa capacidade funcional e psíquica. Os referidos autores (2004) afirmam que “a influência de características sócio-econômicas, como ter baixa renda, é um dos fatores do declínio da capacidade física,

assim como atividades de lazer e suporte emocional dos familiares e amigos ajudam na manutenção de uma boa condição física (p. 08)”.

A terceira situação que caracteriza um envelhecimento bem-sucedido é a prática de participação comunitária. Essa atividade permite que os idosos estabeleçam vínculos afetivos e emocionais com outras pessoas que estão fora de seu círculo familiar. Os autores dizem que a participação comunitária pode favorecer redes de apoio social à medida que por meio da troca de informações, os indivíduos possam construir alternativas que atendam suas necessidades, como uma atividade produtiva.

Perguntamos à profissionais sobre *algum aspecto que poderiam melhorar em seus trabalhos com os idosos*. As assistentes sociais dos Centros de Convivência concordaram no aspecto de ouvir mais o idoso no planejamento das ações voltadas para eles e, assim, fazer um acompanhamento pleno. Surge também a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a velhice, destacado pela assistente social do CAIMI 1 e a importância da articulação com a rede de atendimento, informado pela assistente social do CAIMI 2. A necessidade de articulação com a rede, até mesmo pela falta de infra-estrutura adequada e limitação dos profissionais de saúde, responde ao anseio da assistente social da UBS 1 de *procurar inserir os idosos em atividades de grupos para compartilhar suas experiências com outros idosos e entenderem melhor que o processo de envelhecimento não é doença, faz parte da condição humana e que, para se ter uma boa velhice, depende dos seus próprios estilos de vida*.

Contrastando as opiniões das profissionais que, por um lado, manifestam uma compreensão sobre a velhice no âmbito da promoção em saúde levando em consideração a questão da saúde, sobretudo, a importância dos aspectos sociais e psicológicos, que se refletem na questão da família e da socialização, mas por outro, as ações desenvolvidas ainda são limitadas e pouco contemplam os aspectos referenciados por elas, perguntamos se o *Serviço Social tem autonomia*.

A maioria das entrevistadas – UBS 1, CAIMI 1 e CAIMI 2 e CCI – respondeu que apesar de ter que cumprir a realização de tarefas pré-determinadas pelas instituições, se o profissional buscar o conhecimento, este pode lhe dar poder para que o Serviço Social disponha sim de autonomia na escolha pela maneira que realizará suas ações.

Como é possível observar, todas as que responderam desta forma trabalham nas três diferentes instituições pesquisadas. Isso mostra que a possibilidade de autonomia existe tanto na área da saúde quanto na assistência social, o que demonstra que é necessário superar o imediatismo que ainda predomina permeia o trabalho cotidiano. É possível comprovar isso,

pois a pesquisa as falas apontam que a maioria das profissionais (cinco) não planejam suas ações, não fazem uso da pesquisa como instrumento que privilegia o planejamento.

Quando questionadas, então, *para que servem os dados que registram em seus cotidianos de trabalho*, as mesmas profissionais (cinco) responderam que é para contabilizar o serviço e enviar para a secretaria de saúde e de assistência social, como produção diária. As assistentes sociais das UBSs e dos CAIMIs responderam que as atividades registradas servem para quantificar os atendimentos realizados nas instituições e enviar para a SEMSA e SUSAM para continuar recebendo os recursos. Estes dados servem também para o controle interno no sentido de serem indicativos do quadro evolutivo do usuário na instituição e acompanhamento dos profissionais.

Nos Centros de Convivência, as informações registradas também servem para o *acompanhamento e evolução do usuário no Centro* (CCF – Assistente Social), para que seja um elo de ligação entre os profissionais dos turnos, possibilitando o conhecimento e atendimento da demanda por qualquer profissional que atender o idoso, quando solicitado. Entretanto, a assistente social do CCI afirmou que as informações coletadas, além de servirem para a rotina administrativa, servem também para monitorar e avaliar periodicamente as ações dos profissionais voltadas aos idosos.

Vasconcelos (2007) observa que a formação profissional oferece os subsídios teóricos para que os assistentes sociais tenham condições de apreender o movimento da realidade e projetar suas ações por meio do planejamento. Somente através do planejamento é que *os profissionais podem contribuir por transformações nas condições de vida dos seus usuários* (p. 258).

3.5 O conceito de empoderamento voltado ao idoso e sua relação com a dimensão pedagógica do Serviço Social

O eixo central da promoção em saúde é a educação. A educação em saúde, inserida no modelo de promoção da saúde, está fortemente vinculada ao termo “empowerment”, que significa “fortalecimento”. Dentre os múltiplos sentidos que a categoria “empowerment” traz consigo, o mais adequado para a proposta da promoção em saúde pautada nos princípios da equidade e justiça social, é a Educação Popular ou “empowerment” comunitário.

Carvalho (2004) explicita que os determinantes sociais, econômicos, culturais e psicológicos influem na determinação do estado de saúde do indivíduo. Estudos demonstram

que os indivíduos são capazes de reconfigurar o contexto social no qual vivem e que isto pode trazer consequências positivas para a sua saúde. Para isso, é necessário *a capacidade de analisar criticamente o meio social e político e o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos para a ação social e política* (p. 05).

Embora a capacidade crítica não seja suficiente para a transformação da realidade, é imprescindível para que a população envolva-se em processos coletivos (tais como fóruns e conselhos de direitos) que possibilitem mudanças sociais. *Considero que um aspecto central do “empowerment” comunitário seja a possibilidade de que indivíduos e coletivos venham desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui um pensamento reflexivo que qualifique a ação política* (Idem).

As abordagens educativas que envolvem o “empowerment” comunitário devem valorizar a criação de espaços públicos, como rodas e grupos de discussão, que tenham como objetivo central a participação dos indivíduos e coletivos na identificação e análise crítica de seus problemas, construindo estratégias de ação que busquem a transformação do *status quo*. Tendo como influência a pedagogia emancipatória e da autonomia de Paulo Freire, o “empowerment” comunitário vincula-se a um modelo pedagógico de *educação como uma prática da liberdade e/ou educação para a transformação*” (CARVALHO, 2004, p. 06).

Para que isto ocorra, é de fundamental importância, no cotidiano de fazer saúde, que os profissionais caminhem junto aos usuários, como co-participantes na luta pela garantia dos direitos de cidadania. Tal proposição implica a necessidade de criação de novos modos de se fazer saúde, tendo em vista que é preciso superar as relações de poder desiguais entre os profissionais de saúde e os usuários, na intenção de substituir a hierarquia existente entre o trabalhador como o provedor de serviços e o usuário como o cliente pela noção de parceria entre profissionais e indivíduos, em uma relação dialógica.

Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, o “empowerment” comunitário deve buscar apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises para que tomem as decisões que considerem corretas, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade. [...] Indica processos que procuram promover a participação, visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida (p. 06).

Ressalta-se o cuidados que os profissionais devem ter ao trabalhar as informações, buscando articulá-las ao coletivo e à participação. Esse pode ser o diferencial para que as

práticas não recaiam no “empowerment” psicológico, ou senso de controle sobre a própria vida encerrado na autoestima e em estratégias de solidariedade.

O foco central reside no “empowerment” comunitário, que consiste na promoção do desenvolvimento da capacidade crítica como instrumental necessário para o exercício da participação social, inicialmente em busca da transformação das condições de vida de sujeitos individuais, unidos no plano de um propósito coletivo, mas também repercutindo em intervenções sobre a realidade em nível macroestrutural (CARVALHO, 2004).

Assis (2005) sinaliza que as ações educativas de promoção em saúde voltadas aos idosos devem ser construídas nos espaços de socialização, onde eles se encontram com outros idosos e estabelecem vínculos de afetividade e compartilham suas histórias de vida e saberes.

Estes espaços são propícios para a veiculação de informações correlatas à saúde e cidadania. Podem ser trabalhados os seguintes eixos temáticos: *a dimensão positiva da saúde, a prevenção e o controle de doenças e agravos comuns, os direitos sociais dos idosos* (p. 08). Tais eixos são estratégicos na capacitação e na promoção da autonomia dos idosos, potencializando a condição de sujeito político na luta pela dignidade do envelhecer.

Um dos profissionais capacitados para atuar nesta perspectiva de educação com vistas ao fortalecimento dos sujeitos sociais é o assistente social, que tem a linguagem como instrumento privilegiado de seu trabalho.

Segundo Iamamoto (2007), o Serviço Social porta uma dimensão educativa que, se for orientada segundo os princípios do seu Projeto Ético-Político, pode contribuir para a construção de uma nova sociabilidade sem dominação nem exploração e abolição a todas as formas de preconceito.

O primeiro princípio fundamental do Código de Ética do Assistente Social (1993) é o reconhecimento da liberdade como valor ético central, que se expressa por meio da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.

De acordo com Abreu (2008), a expressão *empowerment* é constantemente apontada na literatura do Serviço Social como base estratégica *para enfrentar a crescente degradação das condições de vida e trabalho que atinge o conjunto das classes subalternas* (p. 211). Entretanto, suscita controvérsias, pois a tendência predominante no âmbito da categoria é vincular esta expressão no sentido do reforço à ideologia neoliberal que deposita sobre os indivíduos a responsabilidade pelo próprio destino.

A proposta do *empowerment* do sujeito sugere esgotar-se nos limites históricos da cidadania burguesa como uma prática que busca restaurar direitos, a partir do que considera a necessidade do usuário reinventar-se como sujeito, reinventando relações no contexto de forças em presença, cuja centralidade parece colocar-se em termos da articulação de propostas, recursos e sujeitos no enfrentamento da desresponsabilização do Estado com os atendimentos sociais, sem evidenciar os vínculos desse processo com a luta pela alteração das relações de poder mais amplas a partir da perspectiva da luta entre classes (op. cit., p. 211).

Apesar desta tendência hegemônica no âmbito da categoria, a autora reconhece que o processo de *empowerment* (se bem utilizado) pode vincular-se à perspectiva emancipatória, pois é capaz de despertar o conhecimento crítico acerca da realidade social vivenciada pelos usuários e, assim, instrumentalizá-los politicamente na busca por serviços institucionais de qualidade, podendo até contribuir para o fortalecimento das classes subalternas no sentido da alteração da correlação de forças opressoras vigentes na sociedade.

Santos (2006) entende que é necessário, portanto, renovar a teoria crítica para reinventar a emancipação social, dando ênfase aos saberes locais que se processam no cotidiano da vida das pessoas. Contrariamente ao modelo do Estado de Bem-Estar Social que acreditavam ser uma tendência que, mais cedo ou mais tarde, se difundiria a todos os países do mundo, ou seja, do universal para o particular, as novas formas de emancipação social devem ocorrer no movimento do particular para o geral, considerando a pluralidade de realidades existentes e criando inteligibilidades recíprocas que conectam sujeitos individuais a processos coletivos em defesa da democracia e da justiça social.

Nessa linha de raciocínio, Luiz (2011), utilizando o referencial gramsciano, afirma que o projeto emancipatório não ocorrerá através de uma ruptura ou de uma ação revolucionária imediata, mas através de uma conquista coletiva que “parte de baixo”, através da “quebra de processos moleculares” que acontecem por meio de uma reforma intelectual e moral do senso comum da classe subalterna criando, assim, uma nova ordem de valores.

A autora defende que as ações das classes subalternas são pulverizadas e desorganizadas, motivo pelo qual a razão dominante impõe sua ideologia, como sendo a mais apropriada aos critérios de “normalidade”, que se naturaliza graças ao caráter “subalterno” de determinados estratos sociais. As rupturas moleculares são fomentadas por meio de práticas pedagógicas e democráticas que possibilitem os sujeitos a desenvolver uma autocrítica acerca dos mecanismos de dominação e poder hegemônicos e consequentemente a criação de uma cultura política madura nas classes/grupos sociais.

A construção de um projeto contra-hegemônico pelas classes subalternas confronta-se então, com uma trama de relações capitalistas de produção e de cultura política contraditórias e manipuladoras. Por se configurar como um movimento histórico e multilateral, a possível posição contra-hegemônica também é plausível de perder a posição. Se não for apropriada de consenso, pode ser reelaborada pela facção que tiver força para fazer valer sua vontade, seus interesses e seus projetos políticos. Na proposta gramsciana, valoriza-se o fortalecimento cultural da classe subalterna, de grupos que a compõe, pois se este elemento não estiver bem solidificado, esclarecido, estruturado, no sentido de uma autocultura-crítica e popular, a hegemonia dominante não será questionada, nem haverá a proposição de alternativas contrárias à dominante (LUIZ, 2011, p. 96).

Abreu (2008) refere que o maior desafio aos assistentes sociais para avançar numa perspectiva verdadeiramente emancipatória refere-se à superação da tendência hegemônica do compromisso profissional que se limita à defesa dos direitos civis, sociais e políticos, da democracia e justiça social que consubstanciaram a experiência do Estado de Bem-Estar Social, mas que dentro da ordem neoliberal apenas consolidam a cidadania burguesa do ponto de vista jurídico e formal-abstrato. Em uma outra tendência inovadora, a contribuição do profissional deve convergir para o fortalecimento dos processos e lutas a favor das classes subalternas, no sentido da construção de uma nova sociabilidade – a socialista.

Neste momento do trabalho, buscamos compreender de que forma as assistentes sociais articulam a dimensão pedagógica e ético-política na busca de um envelhecimento ativo e bem-sucedido, reportando a análise por meio do conceito de empoderamento voltado aos idosos. Partindo do paradigma da promoção em saúde, questionamos inicialmente o que elas entendem por *educação em saúde*, tendo em vista que Albuquerque (2008) afirma que a educação em saúde, com vistas à promoção da saúde, deve lutar tanto por melhores condições de vida e de saúde, incluindo a preservação e a sustentabilidade do meio ambiente, quanto na busca para que o Estado cumpra seus deveres para com os cidadãos.

A maioria das profissionais (quatro), que trabalham nos três lócus diferentes UBS, CAIMI e Centro de Convivência, destacaram que a educação em saúde está relacionada à viabilização de informações relativas às doenças e ao controle delas, conforme as seguintes falas: *Falar das consultas, das doenças, dos programas e do controle de saúde* (UBS 2 – Assistente Social); *Explicar sobre as doenças deles [dos idosos] e o controle dessas doenças* (CAIMI 2 – Assistente Social).

Dentro desta compreensão, a assistente social do Centro de Convivência do Idoso afirma que a educação em saúde serve também *para evitar que os idosos passem a vida inteira tomando a medicação*. Assis (2005) respalda estes depoimentos ao admitir que o

controle de patologias deve ser um dos componentes (mas, não reduzir-se a ele) de abordagem da educação em saúde para a promoção de um envelhecimento ativo, pois pode significar o reforço do autocuidado em seu potencial de desmedicalização para que os indivíduos não fiquem dependentes dos serviços de saúde e possam, assim, através da mudança de hábitos e estilos de vida executar com o máximo de independência e autonomia suas atividades diárias.

Sinalizou-se também que a educação em saúde *tem como foco a melhoria da qualidade de vida* (UBS 1 – Assistente Social). Entretanto, não houve aprofundamento deste conceito que tem múltiplos sentidos e variam de acordo com o desenvolvimento sócio-histórico das sociedades e do que os sujeitos consideram como padrão de conforto e bem-estar (VERAS e CALDAS, 2009).

Tendo por base que o conceito de educação em saúde discutido tem como horizonte o *empowerment*, perguntamos *o que as profissionais entendem por emancipação*. *Autonomia, protagonismo, liberdade, ser autosuficiente, vencer barreiras e ter direitos* foram as expressões listadas pelas profissionais. Destas definições, é possível inferir que o acesso aos direitos possibilita a transformação das condições de vida dos sujeitos sociais, o que também faculta-os a escrever suas próprias histórias de maneira que possam buscar o bem-viver – sinônimo de qualidade de vida, segundo Albuquerque (2008) – e a construção de uma sociedade mais justa para todos.

Nesta perspectiva, *é possível trabalhar a emancipação com os idosos?* De acordo com as assistentes sociais, sim. Isso pode acontecer mediante a articulação entre a equipe profissional junto com os idosos, que são os principais sujeitos de transformação de suas próprias condições de vida.

Os profissionais devem ser os co-participantes deste processo, conforme deixa claro a assistente social do CAIMI 1: *A gente dá as informações, mas eles são os únicos protagonistas de suas vidas*. Reconhece-se que na velhice existe dependência em razão das limitações biológicas, sociais e psicológicas, por isso, os idosos não são os únicos protagonistas de suas vidas. A família, a sociedade e o poder público devem oferecer apoio e todas as condições necessárias para que o idoso viva da melhor forma possível, mas sem imposição, respeitando seus valores construídos ao longo de sua trajetória de vida que definem seu modo de ser.

Contribuindo com estas falas, Derntl e Watanabe (2004) afirmam que:

Os métodos considerados mais adequados em educação para saúde estão baseados em técnicas participativas que conduzem a tomada de consciência das pessoas sobre questões que lhes dizem respeito, de acordo com os princípios da escola de Paulo Freire. Nessa ótica, o processo educativo se relaciona mais com a busca da própria autonomia e com o ideal de uma sociedade livre e muito menos como formas de persuasão para que as pessoas adotem comportamentos que são apropriados pelos profissionais dos serviços de assistência. Quer dizer que se deve admitir a possibilidade de opção pelo indivíduo oferecendo formas de análise dos próprios comportamentos e atitudes pela informação e apoio técnicos, mas sem imposição. [...] esta corrente, que é característica do pós-modernismo, pela forte defesa do direito individual, é a da educação, como instrumento de “empoderamento” do indivíduo, mediante a aquisição de habilidades que lhes permitem controlar a sua vida. O paradigma do autocuidado, particularmente no que se refere aos idosos, serve-se desses postulados para a construção de um referencial teórico que tem na autonomia seu melhor argumento (p. 40).

As ações devem convergir também para a valorização do idoso *como um ser ainda útil* (CAIMI 2 – Assistente Social), tendo em vista que a sociedade expressa comportamentos que estigmatizam o velho, fazendo com que eles internalizem a ideia de que porque são idosos não prestam mais para nada, perderam o valor como seres humanos e, assim, muitas vezes se sentem como um peso para a sociedade e, principalmente, para as suas famílias.

Não queremos dizer com isso que as ações devem exaltar a ideia da velhice como a melhor fase da vida porque de fato não é. É nesse momento da condição humana que os agravos de saúde podem ocasionar incapacidades e limitar a autonomia das pessoas. Além disso, o contexto de pobreza e exclusão social que a maioria dos idosos no Brasil está inserida é fator preocupante.

Em uma visão realista da promoção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido, devemos considerar as limitações dessa fase da vida, mas buscar ao máximo propiciar condições adequadas para se viver melhor na velhice, envolvendo os idosos em grupos que estimulem a autoconfiança, os vínculos sociais e o investimento construtivo na vida, o que perpassa desde a efetivação dos direitos sociais até uma mudança de cultura que valorize positivamente a velhice.

A educação para a promoção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido ganha potencialidade nos espaços de convivência, que devem atuar sobre uma outra perspectiva de participação social que não seja somente a aderência a programas institucionais e governamentais, mas ao desenvolvimento crítico que possibilitem aos idosos o maior controle sobre a sua vida em termos pessoais e coletivos (ASSIS, 2005).

A maioria das assistentes sociais (cinco) afirma que trabalha *a dimensão educativa do Serviço Social com os idosos* por meio de informações, orientações, reuniões e palestras, sejam realizadas nos atendimentos individuais, nas salas de espera (palestras sobre doenças) ou nos grupos de convivência. Mas, com exceção da assistente social do CCI que possui um cronograma de atividades planejadas com outros profissionais, as outras assistentes sociais não possuem um plano de trabalho/ação do Serviço Social e suas atividades são desenvolvidas de acordo com as demandas que os idosos requisitam, sendo respondidas por meio de orientações e encaminhamentos, quando não a informações que reiteram o tratamento clínico.

Os depoimentos apontaram também, nesse sentido, que os idosos não participam das ações voltadas para eles. Cinco assistentes sociais afirmaram que existe a participação deles no planejamento das ações junto com os profissionais, mas na realidade essa participação é no sentido de que quando há reuniões ou palestras, abre-se um espaço para que eles possam sugerir algumas temáticas de suas preferências para serem abordadas. Entretanto, nas unidades de saúde, como as UBSs e os CAIMIs, essas reuniões ou palestras, quando existem, acontecem na sala de espera com os usuários que estão aguardando atendimento com o médico. Mas, pela rotatividade diária dos usuários, não é possível sistematizar ações contínuas.

Apesar disso, os temas que as assistentes sociais mais observam e que deveriam ser trabalhados com os idosos são: Família, *porque é o contato mais próximo que o idoso tem* (UBS 1 – Assistente Social) e em decorrência dos casos relatados de negligência e solidão que devem ser melhor investigados; Saúde, *porque o idoso só se interessa pela dimensão clínica do tratamento, uma vez que a procura maior ainda é pelo médico* (UBS 2 – Assistente Social); Sexualidade, em razão do aumento do número de idosos diagnosticados com o vírus da AIDS e também porque eles se sentem reprimidos diante desse assunto, tanto porque foram muito tolhidos quando jovens e na velhice, pela influência da religiosidade e o preconceito da saúde que enxerga que o amor é prerrogativa dos jovens e Direitos Sociais, incluindo orientações previdenciárias e de benefícios assistenciais – Benefício de Prestação Continuada (LOAS).

Por essa razão, Assis (2005) defende que as temáticas abordadas nas ações educativas com os idosos devem ir além das doenças e fatores de risco. *Envelhecimento, sexualidade, lazer, relações familiares, direitos sociais dos idosos são dimensões do viver que devem ser trazidas ao debate* (p. 10).

Quando questionadas a respeito do que pensam sobre o *fortalecimento dos sujeitos sociais*, todas as respostas indicaram o acesso aos direitos, como condição para a participação social e o protagonismo. Destaca-se a observação realizada pela assistente social da UBS 1 de que *é uma coisa lenta*.

Luiz (2011) endossa esta fala ao afirmar que não existem receitas prontas nem imediatas para minimizar séculos de exclusão e autoritarismo. Como toda ação qualitativa, o impacto é lento, mas ela é importante para uma mudança social. É somente através da ampliação da base social e política que será possível construir uma contra-hegemonia emancipatória, cuja vontade geral será erguida pelo protagonismo das classes subalternas.

Mas, qual tem sido o primeiro passo que as assistentes sociais tem dado em suas intervenções para o fortalecimento social dos idosos, pela busca de seu protagonismo?

Nesta dimensão, a maioria das assistentes sociais (cinco) disseram que *trabalham a autonomia e a independência* por meio da informação e orientação. Retoma-se, então, o questionamento de Abreu (2008) sobre até que ponto a perspectiva emancipatória é entendida pelas profissionais no sentido da construção de uma nova sociabilidade ou se apenas contribuem para o acesso aos direitos civis, sociais e políticos que conformam a cidadania burguesa.

A fim de ampliar o entendimento sobre esta questão, *sugerimos que as assistentes sociais falassem sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social como referencial de suas ações com os idosos*. A sintonia das respostas oferecidas pelas profissionais sinaliza que o Projeto Ético-Político instrumentaliza as ações profissionais na busca da ruptura com a tutela e na perspectiva de concretização dos direitos das classes subalternas, além de oferecer também parâmetros que subsidiam as relações dos profissionais com os usuários, fato que se comprova na fala da assistente social da UBS 1: *Eu percebo que a população não tem receio de falar com a gente porque com os outros profissionais a gente percebe isso. Com o Serviço Social, o trânsito é mais acessível*.

O impacto que as assistentes sociais esperam de suas ações na vida dos idosos é que a convivência entre eles possa ressignificar suas velhices, que eles possam vê-las como profissionais que estão dispostas a contribuir com a garantia de seus direitos e a mudança de uma nova cultura que valorize e faça respeitar a velhice, que suas intervenções profissionais inspire mudanças positivas no âmbito da família, porque a relação dos familiares com os idosos ainda é muito distante, embora indispensável para sua estabilidade emocional e

cuidados com suas saúdes e, por fim, que os serviços de saúde sejam requalificados de modo a atender as necessidades que os idosos apresentam sejam sentidas e/ou não-sentidas.

A análise destes dados nos conduz à reflexão de que o sistema público de saúde no Brasil apresenta limitações quanto às suas formas de gestão, pois embora a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90) determine que as ações devam atuar na perspectiva da integralidade, o que implica tanto a articulação entre os níveis de complexidade do SUS quanto com as demais políticas setoriais, o que na realidade se revela é a desarticulação das ações, o que leva à fragmentação do trabalho, dificultando a oferta dos serviços numa perspectiva de totalidade.

Além disso, ainda é preponderante nas práticas em saúde a dimensão clínica do tratamento, embora o conceito ampliado de saúde estabeleça a necessidade de atenção aos aspectos sociais e psicológicos que determinam o processo saúde-doença. Isso reduz o exercício de alguns profissionais, como os assistentes sociais, a ações imediatas e rotineiras que reiteram a prática clínica e postergam o desenvolvimento de um trabalho articulado junto aos outros profissionais que possa repercutir sobre as condições de vida dos usuários atendidos.

A necessidade do profissional de Serviço Social na política de saúde justifica-se em razão do assistente social dominar procedimentos teórico-metodológicos e técnico-operativos que procuram romper com a medicalização da questão social que se apresenta como demanda imediata através de um problema de saúde.

Este olhar sincrético do profissional contribui para que seja possível desvelar os condicionantes envolvidos no processo saúde-doença que, segundo a Lei 8.080/90, estão diretamente interligados à situação socioeconômica do país. No caso dos idosos, além do declínio da capacidade física, decorrente do processo de senescência, a maioria das doenças crônicas manifestadas por este estrato populacional estão diretamente imbricadas com o contexto de pobreza e exclusão social que vivem na sociedade capitalista.

No início do século XXI ganha destaque as proposições em torno de uma velhice com qualidade de vida, fazendo surgir o conceito de terceira idade. Entretanto, em um país como o Brasil, marcado pela profunda desigualdade social, que se reflete na pluralidade de velhices, “terceira idade” é empregada para designar os jovens velhos que dispõem de uma condição financeira que lhes permitem a realização de viagens, usufruir de produtos de saúde, alimentação saudáveis e práticas de exercícios físicos em academias, dentre outros serviços e produtos que não estão ao alcance da maioria dos idosos que vivem no Brasil, cuja renda é proveniente de suas aposentadorias, pensões e/ou benefícios assistenciais, onde muitas vezes,

têm o encargo de ser o principal provedor da renda familiar, além dos gastos para o controle de suas saúdes.

O conceito de qualidade de vida na velhice corresponde à necessidade de não só gozar de uma boa saúde, mas também de ter acesso aos direitos sociais, civis e políticos que possam contribuir com a busca da autonomia e independência, no sentido de que os idosos tenham o máximo de capacidade para tomar suas próprias decisões e exercitar o autocuidado no âmbito familiar. O assistente social, neste processo, tem papel fundamental à medida que pode fomentar projetos de geração renda, de resgate/fortalecimento dos vínculos familiar e comunitários, estimular processos de participação social, dentre outros que objetivem a busca por um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Disso conclui-se que o envelhecimento ativo é uma aspiração que deve potencializar o viver e isso implica a garantia de condições sociais e políticas que garantam a efetivação dos direitos de cidadania, mas também possibilitem práticas saudáveis, como uma alimentação equilibrada, adoção de estilos de vida saudáveis, lazer gratificante e atividades de inserção social dotadas de significado. Por tratar-se de metas complexas, exige-se tanto a reorientação dos serviços assistenciais de cunho preventivo e de promoção em saúde, mas, sobretudo, o esforço de movimentos individuais e coletivos que possam contribuir para a construção de uma nova ordem societária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção deste trabalho representou um contínuo de desafios, muitas vezes de aparência intransponível, diante da complexidade que envolve a discussão entre a velhice saudável ou ativa e sua interface com o referencial conceitual contemporâneo de promoção da saúde, assim como os desafios para o exercício profissional do assistente social em consonância com o Projeto Ético-Político.

Em Manaus, na área das políticas de saúde e assistência social, a rede de atendimento ao idoso contempla as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI) e os Centros de Convivência tanto da Família quanto do Idoso.

Reportando-nos aos objetivos desta pesquisa, podemos concluir que:

Em relação à *compreensão do assistente social sobre velhice*, as assistentes sociais demonstram que o envelhecimento da população simboliza uma conquista da humanidade, pois isso significa melhora da qualidade de vida em termos de acesso aos serviços de saúde e avanço das políticas que asseguram os direitos dos idosos, como o Estatuto do Idoso (2003), a Política Nacional do Idoso (1994), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, dentre outras.

Entretanto, reconhecem que as políticas públicas ainda precisam avançar muito, tendo em vista que se ganha em anos de vida, mas é necessário garantir melhores condições de vida para a população. A realidade de pobreza e marginalização social em que vive a maioria dos idosos no Brasil traz o sentimento de angústia e insegurança para os homens do presente em relação ao seu futuro, uma vez que os direitos dos idosos nem sempre são respeitados, sendo vistos como fardos que a sociedade precisa carregar porque não é possível esconder sua visibilidade em meio à população.

No que se refere às *ações, programas e projetos desenvolvidos pelo Serviço Social junto aos idosos nas políticas de saúde e assistência social*, a pesquisa mostrou que a intervenção do assistente social ainda recai de forma predominante sobre a dimensão clínica do tratamento nas instituições de saúde, reforçando os cuidados recomendados pelos médicos no consultório, tais como: maior esclarecimento acerca de suas doenças crônico-degenerativas, a importância em tomar o medicamento na hora correta, cuidados com as quedas em razão da fragilidade de sua estrutura óssea, dentre outras, que as profissionais qualificam como dimensão educativa de seu trabalho.

Para além dessas orientações, realizam atendimentos individuais que estão voltados para orientações previdenciárias e Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS) da assistência social, escuta qualificada a respeito de problemas relatados no âmbito da família que resultam em seu isolamento e informações acerca da rede de apoio socioassistencial, quando são encaminhados geralmente pelos médicos para realizar exames em outras instituições ou em relação a outros serviços que podem contribuir para a melhoria de suas saúdes, como os Centros de Convivência.

As profissionais relatam que a dimensão ético-política e pedagógica do trabalho não necessariamente precisa ser desenvolvida junto a grupos, pode expressar-se também por meio dos atendimentos individuais através de orientações corretas e encaminhamentos bem direcionados.

Além disso, constatamos que a maioria das profissionais não possui plano de ação próprio do Serviço Social, seguindo modelos pré-definidos pelas secretarias de saúde e assistência social. A exceção se aplica apenas ao Serviço Social do Centro de Convivência do Idoso que, além dos atendimentos individuais à demanda espontânea, desenvolve um cronograma de atividades junto à equipe multidisciplinar, com atividades exclusivas do Serviço Social junto aos idosos, tais como oficinas para envelhecidos e direitos de cidadania, em que são abordados temas de interesses dos idosos, como família, sexualidade e renda.

No que concerne à *forma como o assistente social relaciona a saúde e a assistência social em atenção ao paradigma da promoção em saúde*. Observamos que as profissionais reconhecem a importância desta articulação, tendo em vista que o conceito de saúde perpassa as dimensões da vida social como fatores determinantes sobre as condições de saúde dos idosos, ainda que considerando as particularidades/especificidades de cada política pública.

No entanto, esta intersectorialidade e interdisciplinaridade são dificultadas pela desarticulação da rede socioassistencial que acusa as barreiras da ausência de comunicação entre as políticas públicas de um mesmo território e os diferentes níveis de complexidade do atendimento que dificultam a complementaridade das ações prestadas.

A respeito de *como o assistente social articula a dimensão ético-política e pedagógica de seu trabalho com a busca de um envelhecimento ativo e bem-sucedido*, a pesquisa mostrou que não existe um planejamento das ações junto aos idosos, o que reduz o exercício profissional ao imediatismo que rotiniza seu trabalho cotidiano.

Ainda assim, as profissionais referem que suas ações se pautam pelos princípios ético-políticos do respeito à diversidade, na qualidade dos serviços prestados, universalização do

acesso aos serviços, na intenção de viabilizar informações que permitam o alcance dos idosos aos seus direitos sociais para que, assim, possam conquistar sua autonomia e independência (autocuidado) e conviver da melhor forma possível com seus familiares.

No entanto, os conceitos de autonomia e independência referendados pelas profissionais e contrastados com suas ações sinalizam para o esvaziamento do compromisso ético-político de seu trabalho na contribuição para a construção de uma sociabilidade sem dominação, o que conforma a garantia dos direitos sociais dentro da ordem burguesa por meio da inclusão social.

Como proposição, destacamos a importância do planejamento, através da assessoria envolvendo parcerias com as universidades e os Conselhos de Direitos em fóruns de discussão. Por meio disso, é desencadeado um processo de reflexão e análise sobre as diferentes situações que se apresentam no cotidiano de trabalho das profissionais, aproximando a realidade empírica com as reflexões teórico-analíticas oportunizadas pelos profissionais das universidades e dos Conselhos de Direitos.

Esta interlocução pode possibilitar aos profissionais uma compreensão da dinâmica da realidade, das necessidades da população e dos movimentos da sociedade, permitindo que os profissionais de campo usufruam de um acervo de dados sobre o movimento da realidade social a ser utilizado em sua ação profissional cotidiana, de forma inovadora e comprometida com os interesses da população em uma perspectiva de construção de uma sociedade justa.

Além disso, ressaltamos a importância do funcionamento das redes territoriais, isto é, a integração entre os serviços socioassistenciais oferecidos em uma mesma área de abrangência, como requisito viável para a transversalidade da política de saúde em relação às demais políticas públicas e, assim, a prestação de um atendimento totalitário às necessidades da população idosa para a garantia de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. **Tendências atuais da função pedagógica do assistente social na sociedade brasileira – recomposição dos perfis pedagógicos da prática profissional** (Capítulo III). *In: Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional*. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2008;

ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Lins de. **Envelhecimento ativo: desafio do século**. São Paulo: Andreoli, 2008;

ALMEIDA, Vera Lúcia Valsecchi. **Modernidade e Velhice**. *In: Revista Serviço Social & Sociedade*. Ano XXIV , nº 75 – setembro 2003;

AMMAN, Safira Bezerra. **Participação social**. . 2ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979;

ASSIS, Mônica de. **Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexões para as ações educativas com idosos**. *Revista APS*, v. 08, n. 01, p. 15-24, jan./jun/, 2005;

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Editora: Nova Fronteira, 1990;

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. **Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada**. *In: Revista Serviço Social & Sociedade*. Ano XXIV , nº 75 – setembro 2003;

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil**. *In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional*. 2º Ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007;

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Editora: Edições 70, Extra-coleção, 2009;

BONETTI, Dilséa Adeodata; SILVA, Marlise Vinagre *et. al.* **Serviço Social e Ética: Convite a uma nova práxis**. 8ª edição. São Paulo: Cortez, 2007;

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania?** *In: Revista Serviço Social & Sociedade*, nº 79, 2004;

BOSCHETTI, Ivanete; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. **Seletividade e focalização da política de assistência social no Brasil**. Disponível em: www.ts.ucr.ac.cr. Ano de 2003. Acesso em julho de 2012;

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**;

BRASIL. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**, aprovado em 15 de março de 1993. Resolução CFESS nº 273/93, de 13 de março de 1993;

BRASIL. **Estatuto do Idoso**, 2003;

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2006, 2010 e 2011;

BRASIL. **Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080/90**;

BRASIL. **Lei Orgânica de Assistência Social, nº 8.742/93**;

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final, 17 a 21 de março de 1986;

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social, 2004**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social;

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**, 1994;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 divulga o **Pacto pela Saúde, pela Vida e pela Gestão do SUS**;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**;

BRASIL. Secretaria de Estado de Assistência Social. Consultado em: seas.am.gov.br;

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM). Consultado em: saude.am.gov.br;

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Consultado em: semsa.manaus.am.gov.br;

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Ana Elizabete Mota [et. al.] (org.). 2ª edição. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007;

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio de Castro. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate**. Ana Elizabete Mota [et. al.] (org.). 2ª edição. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007;

BRAVO, Maria Inês de Souza (org.). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série Trabalho e Projeto profissional nas políticas sociais. Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”. CFESS/CRESS, Brasília, 2010;

BRITO, Francisco Carlos de; RAMOS, Luiz Roberto. **Serviços de atenção à saúde do idoso**. In: Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Matheus Papaléo Netto (org.). São Paulo. Editora Atheneu, 2005;

CARVALHO, Sérgio Resende. **Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde**. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, jul-ago, 2004;

COHN, Amélia; NUNES, Edison. **As heranças da saúde: da política de desigualdade à proposta da equidade**. In: A saúde como direito e como serviço. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2006;

CUCHE, Denys. **O estudo das relações entre as culturas e a renovação do conceito de cultura**. In: A noção de cultura nas ciências sociais. 2ª edição. Bauru: EDUSC, 2001;

DERNTL, Alice Moreira e WATANABE, Helena Akemi Wada. **Promoção da Saúde**. In: Envelhecimento – Promoção e Prevenção da Saúde. Júlio Litvoc e Francisco Carlos Brito (orgs.). São Paulo. Editora Atheneu, 2004;

DONATO, Ausonia F.; CANÔAS, Cilene Swain. **Idoso e Cidadania: a lógica da exclusão**. In: Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Matheus Papaléo Netto (org.). São Paulo. Editora Atheneu, 2005;

FALEIROS, Vicente de Paula. **As funções da política social no capitalismo** (Capítulo IV). In: A política social do Estado Capitalista. 9ª edição. São Paulo: Cortez, 2006;

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 7ª edição. São Paulo: Cortez, 2007;

FENSTERSEIFER, Paulo Evaldo. **O imperativo do idoso saudável: dimensões éticas**. In: Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. Loiva Beatriz Dallepiane (org.). Ijuí, Editora Unijuí, 2009 (Coleção Saúde Coletiva);

FILHO, Wilson Jacob; SITTA, Maria do Carmo. **Interprofissionalidade**. In: Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Matheus Papaléo Netto (org.). São Paulo. Editora Atheneu, 2005;

FRANCO, Maria Laura P. B. **Análise de Conteúdo**. Brasília, 3ª edição: Editora Liber Livro, 2008;

GUERRA, Yolanda. **Racionalidade do capitalismo e Serviço Social**. In: A instrumentalidade do Serviço Social. 6ª edição. São Paulo, Cortez: 2007;

GUERRA, Yolanda. **O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas**. In: BAPTISTA, Myrian Veras; BATTINI, Odária. A prática

profissional do assistente social: teoria, ação, construção de conhecimento, volume I. São Paulo: Veras Editora, 2009;

GUSMÃO, Neusa Maria M. **Infância e velhice: pesquisa de ideias**. Campinas: Átomo & Alínea, 2003;

HOLANDA, Maria Norma Alcântara Brandão de. **O trabalho em sentido ontológico para Marx e Lukács: algumas considerações sobre trabalho e serviço social**. In: Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XXIII, nº 69, março de 2002;

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **A prática como trabalho e a inserção do assistente social em processos de trabalho**. In: O Serviço Social na contemporaneidade: formação e trabalho profissional. 11ª edição. São Paulo: Cortez, 2007;

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais** (Capítulo II). In: Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação teórico-metodológica. 19ª edição. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2006;

LINS, M. de Barros; PEIXOTO, Clarice (org.). **Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade**. In: Velhice ou Terceira Idade. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1998;

LITVOC, Júlio e BRITO, Francisco Carlos. **Conceitos Básicos**. In: Envelhecimento – Promoção e Prevenção da Saúde. Júlio Litvoc e Francisco Carlos Brito (orgs.). São Paulo. Editora Atheneu, 2004;

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. **Serviço Social e envelhecimento: perspectivas do trabalho do assistente social na área da saúde**. In: BRAVO, Maria Inês Souza *et. al.* (org.). Saúde e Serviço Social. 3ª edição. Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007;

LUIZ, Danuta E. Cantoia. **Emancipação social: rupturas moleculares que elevam a condição de subalternidade à de protagonismo social** (Capítulo III). In: Emancipação e Serviço Social: a potencialidade da prática profissional. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2011;

MARTINELLI, Maria Lúcia; KOUMROUYAN, Elza. **Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social**. In: Revista Serviço Social & Sociedade, nº 54. São Paulo, Cortez: 1994;

MERCADANTE, Elisabeth F. **Velhice: a identidade estigmatizada**. In: Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XXIV , nº 75 – setembro 2003;

MERCADANTE, Elisabeth. **Aspectos antropológicos do envelhecimento.** *In:* Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Matheus Papaléo Netto (org.). São Paulo. Editora Atheneu, 2005;

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde.** Ana Elizabete Mota [et. al.] (org.). 2ª edição. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007;

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social.** 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2007;

MONTAÑO, Carlos. **O Serviço Social frente ao neoliberalismo: mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional.** *In:* Revista Serviço Social & Sociedade, nº 53, 1997;

NERI, Anita Liberalesso (org.). **Desenvolvimento e Envelhecimento – Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** 2º ed. Campinas, SP: Papirus, 2001 (Coleção Vivacidade);

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social.** *In:* Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Ana Elizabete Mota, Maria Inês de Souza Bravo *et. al.* (org.). 2ª edição. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007;

NETTO, José Paulo. **O movimento de reconceitualização: 40 anos depois.** *In:* Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XXVI, nº 84, novembro de 2005;

NETTO, Matheus Papaléo; PONTE, José Ribeiro da. **Envelhecimento: desafio na transição do século.** *In:* Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Matheus Papaléo Netto (org.). São Paulo. Editora Atheneu, 2005;

NICOLAU, Maria Celia Correia. **Formação e fazer profissional do assistente social: trabalho e representações sociais.** *In:* Revista Serviço Social & Sociedade, nº 79, Ano 2004;

NOGUEIRA, Vera Maria; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais.** Ana Elizabete Mota [et. al.] (org.). 2ª edição. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007;

PAIVA, Beatriz Augusto de. **O SUAS e os direitos socioassistenciais: a universalização da seguridade social em debate.** *In:* Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XXVII, nº 87, setembro de 2006;

PASTORINI, Alejandra. **As políticas sociais e o Serviço Social: Instrumento de reversão ou manutenção das desigualdades?** *In:* A natureza do Serviço Social. Carlos Montañó (org.). São Paulo: Cortez, 2007;

PATROCINIO, Wanda Pereira; GOHN, Maria da Glória Marcondes. **Reinserção de idosos no mundo da vida e no mundo do trabalho – Algumas Possibilidades.** *In:* Velhice e diferenças na vida contemporânea. Campinas: Alínea, 2006, p. 51-74;

PEIXOTO, Clarice. **Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade.** *In:* Velhice ou Terceira Idade. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1998;

PELLEGRINI, Virginia Maria Cristina; JUNQUEIRA, Virginia. **Trajetória das políticas de saúde. A saúde coletiva e o atendimento ao idoso.** *In:* Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Matheus Papaléo Netto (org.). São Paulo. Editora Atheneu, 2005;

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Sobre a política de assistência social no Brasil.** *In:* Política Social e Democracia. Maria Inês de Souza Bravo e Potyara A. P. Pereira (orgs.). 3ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2007;

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.** *In:* BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti *et. al.* Política social no capitalismo: Tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008;

PONTES, Reinaldo Nobre. **Reflexões sobre a contribuição teórica da mediação para a intervenção do assistente social.** *In:* Mediação e Serviço Social. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2007;

PRATES, Jane Cruz. **A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético-crítica de inspiração marxiana.** *In:* Gestão estratégica de instituições sociais: o método marxiano como mediação do projeto político. Dissertação de mestrado. Faculdade de Serviço Social, PUC-RS, Porto Alegre, 1995;

RAMOS, Sâmia Rodrigues. **A construção de projetos coletivos: refletindo aspectos do projeto profissional do Serviço Social.** *In:* Revista Temporalis, nº 05, Ano III, Brasília, ABEPSS, Janeiro/Junho de 2002;

RIGHI, Liane Beatriz. **Redes territoriais e projeto terapêutico singular como saberes referenciais para mudanças nas práticas da atenção à saúde de indivíduos e populações que envelhecem.** *In:* Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. Loiva Beatriz Dallepiane (org.). Ijuí, Editora Unijuí, 2009 (Coleção Saúde Coletiva);

ROCHA, Gilmar. **Sob o signo de saturno: reflexões antropológicas em torno da velhice.** Cad. serv. Soc., Belo Horizonte, v. 3, n. 3, p. 26-55, dez., 1998;

SANT'ANA, Raquel Santos. **O desafio da implantação do projeto ético-político do Serviço Social**. In: Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XX, nº 62, março de 2000;

SANTOS, Boaventura de Souza. **Em defesa das políticas sociais**. In: Políticas sociais para um novo mundo necessário e possível. Caderno ideação. Porto Alegre: Fórum Social Mundial, 2002;

SANTOS, Boaventura de Sousa de. **Uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências e A ecologia dos saberes**. In: A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2006 (Coleção Para um novo senso comum, vol. 04);

SANTOS, Rone Eleandro dos. **Notas sobre a importância do trabalho na ontologia de Georg Lukács**. Revista Estudos Filosóficos nº 02/2009. UFSJ – São João del-Rei, Minas Gerais, páginas 86-100. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/revistaestudosfilosoficos>. Acesso em junho de 2012;

SCHRAIBER, Lilia B.; NEMES, B. Maria Inês *et. al.* **Necessidades de saúde e atenção primária**. In: Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2000a;

_____. **Saúde no envelhecimento**. In: Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2000b;

SCHWANKE, Carla Helena Augustin; PEREIRA, Adriane Miró Vianna Benke; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. **Contextualizando a geriatria e a gerontologia no século 21**. In: Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. Loiva Beatriz Dallepiane (org.). Ijuí, Editora Unijuí, 2009 (Coleção Saúde Coletiva);

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **O Serviço Social e o popular**: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. 5ª edição. São Paulo: Cortez, 2009;

SILVA, Márcia Perales Mendes; VALLINA, Kátia de Araújo Lima (orgs.). **O Assistente Social e as mudanças no mundo do trabalho**. Manaus: EDUA, 2005;

SOUZA, Carla Manoela Araújo de. **A relevância da categoria trabalho como base ontológica central para Lukács**. Trabalho de Conclusão de Curso – TCC. Rio de Janeiro, UFRJ, setembro de 2008. Disponível em: <http://web.intranet.ess.ufrj.br/monografias/104061732.pdf>. Acesso em junho de 2012;

SPOSATI, Aldaíza. **Regulação social tardia: características das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e o terceiro milênio**. In: Políticas sociais para um novo mundo necessário e possível. Caderno ideação. Porto Alegre: Fórum Social Mundial, 2002;

YAZBEK, Maria Carmelita. **O Serviço Social e a construção dos direitos sociais.** *In: A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção do conhecimento.* Volume I. Myrian Veras Baptista, Odária Battini (org.). São Paulo: Veras Editora, 2009.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital – Implicações para a proteção social no Brasil.** São Paulo, Cortez: 2008;

TORRES, Mabel Mascarenhas; SÁ, Maria Auxiliadora Ávila dos Santos. **Inclusão social de idosos: um longo caminho a percorrer.** Revista Ciências Humanas – Universidade de Taubaté (UNITAU) – Brasil. Volume 01, nº 02, 2008. Disponível em: <http://www.unitau.br/revistahumanas>. Acesso em Agosto/2008;

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e práticas democráticas na saúde.** Ana Elizabete Mota [*et. al.*] (org.). 2ª edição. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007;

VASCONCELOS, Ana Maria de; MASSON, Fátima de Maria *et. al.* **Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social.** *In: Saúde e Serviço Social.* BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Gisele Lavinas (orgs.). 3ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007;

VERAS, Renato. **Atenção preventiva ao idoso – uma abordagem de saúde coletiva.** *In: Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* Matheus Papaléo Netto (org.). São Paulo. Editora Atheneu, 2005;

VERAS, Renato; CALDAS, Célia Pereira. **A promoção da saúde de uma população que envelhece.** *In: Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva.* Loiva Beatriz Dallepiane (org.). Ijuí, Editora Unijuí, 2009 (Coleção Saúde Coletiva).

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

**ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA AS ASSISTENTES SOCIAIS DAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE (UBS), CENTROS DE ATENÇÃO INTEGRAL À MELHOR
IDADE (CAIMI) E CENTROS DE CONVIVÊNCIA DA FAMÍLIA E DO IDOSO**

Local: _____

IDENTIFICAÇÃO E PERFIL

Idade: _____

Sexo: () M () F

Ano de conclusão do curso de Serviço Social: _____

Instituição que trabalha: _____

Há quanto tempo? _____

Turno de trabalho: _____

Vínculo empregatício: _____

Carga horária semanal: _____

Exerce algum cargo? _____

Antes do trabalho atual, teve alguma experiência como assistente social? Se sim, qual?

Possui outro curso superior?

() Sim () Não

Qual curso? _____ Ano de Conclusão: _____

O que te levou a fazer outro curso?

Existe alguma relação com o Serviço Social?

Possui curso de pós-graduação?

() Especialização. Em quê? _____

() Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado

I - IDOSOS ATENDIDOS PELO SERVIÇO SOCIAL

Quem é o idoso que procura o Serviço Social?

Idade: _____

Estado Civil: _____

Situação sócio-econômica: _____

Gênero: _____

Escolaridade: _____

Ainda trabalham: _____

Condições de Saúde: _____

O que os idosos procuram nesta instituição?

Eles [os idosos] vêm encaminhados de algum lugar?

II – AÇÕES, PROGRAMAS E PROJETOS DO SERVIÇO SOCIAL VOLTADOS AOS IDOSOS NA SAÚDE E NA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Para você, o que é Serviço Social? [sua atuação, objetivos]

No Serviço Social, têm as dimensões ética, política e pedagógica. Como você trabalha elas?

Existem ações, atividades com os idosos? Estão dentro de algum programa?

Seu trabalho é em conjunto com os outros profissionais? Existe um planejamento? Comente.

O que o Serviço Social realiza com os idosos?

Quais são as atribuições do Serviço Social?

Como a UBS se insere na política de saúde?

Como o CAIMI se insere na política de saúde?

Como o Centro de Convivência se insere na política de assistência social?

Pelo que você observa no seu atendimento com os idosos, quais são os principais direitos que eles reivindicam?

Existe alguma pesquisa do Serviço Social com os idosos?

De que forma pode ser útil a pesquisa no trabalho do Serviço Social com os idosos?

Como o Serviço Social trabalha com os idosos na UBS?

Como o Serviço Social trabalha com os idosos no CAIMI?

Como o Serviço Social trabalha com os idosos no Centro de Convivência?

Você planeja suas ações? Como você faz isso? É individualmente ou com os outros profissionais?

O Serviço Social tem autonomia?

Além de suas atividades dentro da instituição, você desenvolve alguma atividade externa?

Você registra suas atividades?

Quais são os instrumentos utilizados pelo Serviço Social [Posso ter acesso?]

Para que serve os dados que você registra?

III. PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO: RELAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE COM A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Para você, o que é saúde?

O que você entende por “promoção da saúde”?

De que forma o Serviço Social pode trabalhar a promoção da saúde?

Como a UBS se relaciona com a promoção em saúde?

O CAIMI também se relaciona com a promoção em saúde?

O Centro de Convivência, pela política de assistência social de proteção básica, tem a ver com a promoção em saúde?

Fale sobre a atuação do Serviço Social na Saúde?

Fale sobre a atuação do Serviço Social na Assistência Social?

Qual a importância do trabalho do Serviço Social?

A UBS pode contribuir para o envelhecimento ativo e bem-sucedido?

O CAIMI pode contribuir para o envelhecimento ativo e bem-sucedido?

O Centro de Convivência pode contribuir para o envelhecimento ativo e bem-sucedido?

O que você entende por emancipação?

É possível trabalhar a emancipação com os idosos? De que forma?

Que demandas os idosos trazem ao Serviço Social? Como você trabalha elas?

Tem algum aspecto que você poderia melhorar no seu trabalho com os idosos? O quê, por exemplo? Depende de quê para que isso aconteça?

Quais são os limites e os desafios no trabalho da atenção básica com os idosos?

Quais são os limites e os desafios no trabalho do CAIMI com os idosos?

Quais são os limites e os desafios no trabalho do Centro de Convivência com os idosos?

Você acha possível relacionar o trabalho da UBS com o CAIMI e com o Centro de Convivência? [Se sim, como e para quê?]

Como você vê a Educação presente no trabalho do Serviço Social?

Para você, o que é educação em saúde?

O que você entende por fortalecimento dos sujeitos sociais?

Como você trabalha a autonomia e independência do idoso?

De que forma o Serviço Social trabalha sua dimensão educativa com os idosos?

IV – DEMANDAS QUE OS IDOSOS APRESENTAM AO SERVIÇO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Como você vê o envelhecimento?

É um novo desafio para o Serviço Social? Por quê?

Cada profissão pode contribuir de uma forma diferenciada com os idosos. Como você pode fazer sua parte enquanto assistente social?

Para você, o que é envelhecer com qualidade de vida?

Quais são as principais estratégias que o Serviço Social encontra para garantir os direitos dos idosos?

Quais são os recursos (materiais, financeiros e humanos) disponíveis para o desenvolvimento do trabalho com os idosos na/no: É suficiente?

Na sua opinião, como o Serviço Social trabalha a promoção em saúde?

V – ESTRATÉGIAS NA BUSCA DE UM ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

O que você acha necessário para que um idoso tenha um envelhecimento com qualidade de vida?

Qual tem sido a contribuição que o Serviço Social tem dado aos idosos?

O Serviço Social tem seu lado educativo. Como você vê essa dimensão educativa da profissão? Como você trabalha essa dimensão com os idosos?

Quais são os temas mais necessários que você observa e que devem ser trabalhados com os idosos? Comente.

Esses temas estão ligados à realidade social dos idosos atendidos?

Na sua opinião, as ações do Centro de Convivência têm algum impacto na saúde do idoso?

Qual a participação dos idosos no planejamento das ações voltadas para eles?

O que você acha que está por trás dos problemas que os idosos relatam ao Serviço Social?

Fale um pouco sobre o nosso Projeto Ético-Político.

De que forma o Projeto Ético-Político direciona seu trabalho com os idosos?

Como você acha que o Projeto Ético-Político do Serviço Social se relaciona com a busca de um envelhecimento bem-sucedido?

Que tipo de impacto você espera que as ações desenvolvidas aqui reflita na vida dos idosos?

Observações adicionais

Manaus, ____ de _____ de _____.

Alice Alves Menezes Ponce de Leão
Responsável pela entrevista

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando o (a) Sr. (a) para participar da pesquisa intitulada: “Serviço Social e Envelhecimento: perspectivas do trabalho do assistente social na articulação entre as políticas de saúde e assistência social em Manaus”, onde vamos analisar o trabalho do assistente social frente às demandas do envelhecimento que se apresentam nas áreas da saúde e da assistência social. Partimos do entendimento que o envelhecimento configura-se como questão social contemporânea e desafio para o trabalho do assistente social, na busca da consolidação dos direitos sociais dos idosos. Trabalharemos no enfoque do paradigma da promoção em saúde, que aponta a necessidade de levar em consideração tanto os aspectos de saúde quanto os aspectos sociais para alcançar um envelhecimento bem-sucedido. Por isso, a necessidade de articular a política de saúde à política de assistência social numa relação de continuidade/complementaridade. Esta pesquisa envolverá sua participação em uma entrevista com perguntas abertas e fechadas que poderá, se você autorizar, ser gravada para fins exclusivos de análise deste estudo. Sua participação é inteiramente voluntária, ou seja, o (a) senhor (a) pode escolher se quer ou não participar, mas asseguramos que sua contribuição não acarretará nenhum prejuízo ao seu trabalho, pois as informações prestadas serão confidenciais (somente para fins deste estudo), guardadas em sigilo e sua identidade preservada, bem como a qualquer momento que desejar, poderemos interromper as entrevistas e/ou prestar esclarecimentos sobre qualquer aspecto que não tenha ficado claro. Não haverá benefício direto, mas é provável que o (a) Senhor (a) nos ajudará com sua experiência como assistente social a compreender os desafios que o envelhecimento apresenta ao cotidiano do trabalho do assistente social nas políticas de saúde e assistência social, para apontar caminhos de intervenção diante dessa questão social que demanda novas respostas na busca da consolidação dos direitos sociais dos idosos. As entrevistas que serão aplicadas contem perguntas sobre sua formação profissional, sua compreensão sobre saúde, assistência social e envelhecimento, a instituição e seu trabalho junto aos idosos dentro da UBS/CAIMI/Centro de Convivência. Os resultados desta pesquisa serão compartilhados através de um resumo dos resultados que entregaremos ao (à) Senhor (a) no término deste estudo. Em caso de dúvida, pode entrar em contato com o Mestrado em Serviço Social da UFAM, no telefone: (092) 3305-4579 ou com a pesquisadora Alice Alves Menezes Ponce de Leão, através dos telefones (92) 9275-9245 e 8137-9277. Esta pesquisa foi revisada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFAM e da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM), Secretaria

Municipal de Saúde (SEMSA) e Secretaria de Assistência Social do Estado do Amazonas (SEAS), que comprovaram a existência mínima de riscos que este estudo apresenta.

CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO

Eu fui convidado e me disponho a participar da pesquisa que busca analisar o trabalho do assistente social frente às demandas do envelhecimento que se apresentam nas áreas da saúde e da assistência social. Entendo que serei entrevistado (a) sobre algumas perguntas relativas à minha formação profissional, compreensão sobre saúde, assistência social e envelhecimento, a instituição e meu trabalho junto aos idosos dentro da UBS/CAIMI/Centro de Convivência. Fui informado (a) que não haverá desconfortos, pois a qualquer momento, posso interromper o estudo e/ou solicitar esclarecimentos sobre dúvidas, e nem benefícios diretos, a não ser minha contribuição para a construção de propostas de intervenção profissional diante da questão social do envelhecimento, que demanda novas respostas na busca da consolidação dos direitos sociais dos idosos. Fui informado (a) o nome e o contato da pesquisadora, sendo possível localizá-la facilmente.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

Data: ____/____/____

Manaus, 13 de Outubro de 2011

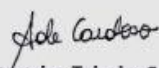
TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada "**Serviço Social e Velhice: perspectivas do trabalho do assistente social na articulação entre as políticas de saúde e assistência social em Manaus**" de responsabilidade dos pesquisadores **Alice Alves Menezes Ponce de Leão e Cristiane Bonfim Fernandez** foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA, atendendo as exigências da Resolução 196/96 que se segue:

III - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

3 "a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos (Res. 196/96 – V), se o projeto de pesquisa for inadequado do ponto de vista metodológico é inútil e eticamente inaceitável".

Informamos que essa autorização deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa, considerando que a Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA encontra-se em processo de reconhecimento pela CONEP.


Ademarina Teixeira Cardoso
Gerente de Educação na Saúde

Av. Mário Ypiranga Monteiro, Nº 1695 CEP - 69057-002
Telefone/Fax: 3236-8987 | e-mail: gesau@pmm.am.gov.br

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Gerência de Educação na Saúde
Av. Mário Ypiranga Monteiro, 1695 - Vila Impulsão

CEP. 69057-002 - Manaus - Amazonas



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

Ofício Nº. 027 / 11 - PPGSS

Manaus, 22 de agosto de 2011.

À: Exma. Drª Maria da Graça Soares Prola – Secretária Executiva de Estado de Assistência Social (SEAS)

Assunto: Solicitação de autorização para a realização de pesquisa de mestrado junto ao Centro de Convivência Padre Antônio Vignólia, localizado na Zona Norte de Manaus.

Prezada Secretária,

Cumprimentando mui respeitosamente Vossa Excelência, venho apresentar-lhe a pesquisa de mestrado (em anexo) da aluna Alice Alves Menezes Ponce de Leão, vinculada a este Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da UFAM, intitulada: “Serviço Social e Envelhecimento: perspectivas do trabalho do assistente social nas políticas de saúde e assistência social em Manaus”, que objetiva analisar o trabalho do Serviço Social junto aos idosos na Zona Norte de Manaus.

Para o cumprimento da pesquisa de campo, que ocorrerá por meio da aplicação de entrevistas junto às assistentes sociais, venho solicitar autorização para a realização deste estudo no Centro de Convivência Padre Antônio Vignólia, localizado na Cidade Nova, Zona Norte de Manaus. Conforme observado no projeto de pesquisa que segue em anexo, este estudo não implicará riscos de qualquer natureza aos profissionais entrevistados.

Na certeza de poder contar com vossa compreensão e colaboração, renovo protestos de apreço e estima.

Prof.ª Dr.ª Cristiane Bonfim Fernandez
Orientadora / Coordenadora do PPGSS -UFAM

Autorizo a realização desta pesquisa junto ao Centro de Convivência Padre Antônio Vignólia,

Maria da Graça Soares Prola
Secretária Executiva de Estado de Assistência Social (SEAS)

Maria das Graças Soares Prola
Secretária Executiva da Assistência
Social e Cidadania - SEAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM



PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº. 0422.0.115.000-11, intitulado: **SERVIÇO SOCIAL E VELHICE: PERSPECTIVAS DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ARTICULAÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL EM MANAUS**, tendo como Pesquisador Responsável: Alice Alves Menezes Ponce de Leão.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 16 de novembro 2011.

Prof. MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro
Coordenador CEP/UFAM



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

Ofício Nº. 025 / 11 - PPGSS

Manaus, 17 de agosto de 2011.

Ao: Exmo. Dr. Wilson Alecrim – Secretário de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM)

Assunto: Solicitação de autorização para a realização de pesquisa de mestrado junto ao CAIMI Dr. André Araújo, localizado na Zona Norte de Manaus.

Prezado Secretário,

Cumprimentando mui respeitosamente Vossa Excelência, venho apresentar-lhe a pesquisa de mestrado (em anexo) da aluna Alice Alves Menezes Ponce de Leão, vinculada a este Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da UFAM, intitulada: “Serviço Social e Envelhecimento: perspectivas do trabalho do assistente social nas políticas de saúde e assistência social em Manaus”, que objetiva analisar o trabalho do Serviço Social junto aos idosos na Zona Norte de Manaus.

Para o cumprimento da pesquisa de campo, que ocorrerá por meio da aplicação de entrevistas junto às assistentes sociais, venho solicitar autorização para a realização deste estudo no Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI), localizado na Cidade Nova, Zona Norte de Manaus. Conforme observado no projeto de pesquisa que segue em anexo, este estudo não implicará riscos de qualquer natureza aos profissionais entrevistados.

Na certeza de poder contar com vossa compreensão e colaboração, renovo protestos de apreço e estima.


Profª Dr. Cristiane Bonfim Fernandez
Orientadora/Coordenadora do PPGSS -UFAM

Autorizo a realização desta pesquisa junto ao CAIMI Dr. André Araújo,


Dr. Wilson Alecrim
Secretário de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM)